

ANALIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Director: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr \$ 50,00 — Numero avulso Cr \$ 5,00

L. XLIX

Março de 1945

N. 3

Sumário:

	Pág.
O eletrocardiograma no enfarte do miocárdio — Dr. Eduardo Cotrim.....	199
Em defesa de nossa técnica para a via de acesso ao segmento pancreático do ducto colédoeo e porção juxta-duodenal do ducto pancreático principal de Wirsung — Dr. Mário Degni.....	225
Produção médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Higiene e Medicina Tropical.....	245
Neuropsiquiatria.....	246
Cirurgia.....	250
Dermatologia e sifilografia.....	258
Pediatria.....	260
Otorrinolaringologia e cirurgia plástica..	273
Medicina.....	274
Medicina militar.....	283
Radiologia e eletricidade médica.....	290
Obstetricia e ginecologia.....	294
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia	299
Sociedade Médica São Lucas.....	300
Outras Sociedades.....	300
Literatura médica.....	301
Imprensa médica de São Paulo.....	303
Vida Médica de São Paulo.....	305
Assuntos de atualidade.....	306

Triod Zambelletti

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiencia curativa - Destacado neurotropismo - Ausencia de retenção - Perfeita tolerancia local e geral.

INDICAÇÃO: Artrismo - Artrite deformante - Localizações microbianas e tuberculares - Adenopatias - Afecções parasiticas - Intoxicações exogenas e endogenas tambem dos centros nervosos - Arterioesclerose - Polissarcia - Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e de 5cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50

**LAB. ZAMBELETTI LTDA. - CAIXA, 2069
SÃO PAULO**

Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica

GENCITROPINA LABOTHERPE

Formula:

CADA DRAGEA CONTEM:	ADULTOS	INFANTIL
Violeta de genciana . . .	0,06 g	0,02 g
Arrenal	0,03 g	0,01 g
Sulfato de atropina . . .	0,00024 g	0,00008 g
Excipiente q.s. para 1 dragea gastro-refrataria		

INDICAÇÕES: Giardiasis intestinalis, Infestação por *Enterobius vermiculares*, *Estrongiloides*, *Estercolaris* e por *Heminolepis*.

**LABORATÓRIO BRASILEIRO DE TERAPEUTICA LTDA.
CAIXA POSTAL, 3018 - RUA S. JOAQUIM, 381 - TEL. 7-2955 - S. PAULO**

i.

de

ões
ra-
los
es.

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO
SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES
Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020
Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$50,00 — Numero avulso . . . Cr \$5,00

Vol. XLIX

Março de 1945

N. 3

O electrocardiograma no enfarte do miocárdio *

Dr. Eduardo Cotrim

Livre-Docente da Faculdade de Medicina

SUMARIO

- A) — Introdução
- B) — As derivações das extremidades no enfarte:
 - a) — enfarte anterior
 - b) — enfarte posterior
- C) — Enfarte e derivações precordiais
- D) — Valor das alterações electrocardiográficas no enfarte do miocárdio.
- E) — Conclusões.

A) — INTRODUÇÃO

A oclusão de um ramo de certa importância das artérias coronárias, comprometendo a nutrição das fibras do miocárdio, afeta o funcionamento cardíaco de modo mais ou menos sério, segundo a localização e a extensão da zona lesada.

A patologia e a experimentação ensinam que as alterações do ritmo, as perturbações hemodinâmicas e as modificações na corrente de ação do músculo cardíaco são as principais manifestações observadas após a oclusão ou a ligadura de um ramo das coronárias.

Ao Dr. Nelson Cotrim (Rio de Janeiro) apresentamos os nossos melhores agradecimentos, não só pelo auxílio na execução deste trabalho, como pelos casos que nos cedeu para sua ilustração.

As alterações do ritmo são muitas vezes percebidas ao exame clínico. Algumas são inespecíficas e se estabelecem após a oclusão de qualquer ramo. Outras, dependendo, evidentemente, da distribuição do ramo arterial atingido, são conseqüentes a lesão do sistema excito-condutor.

A perturbação inespecífica do ritmo mais freqüente é constituída pela aparição de extrassístoles, quase sempre ventriculares. Em geral, estes batimentos prematuros começam a aparecer entre 5 e 7 minutos após a oclusão. Apresentam-se isolados ou em salvas, constituindo ataques de taquicardia paroxística. Neste momento é comum a transição para a fibrilação ventricular.

As extrassístoles tendem a diminuir de freqüência, podendo até desaparecer completamente.

A fibrilação ventricular ligada à presença de extrassístoles pode instalar-se de modo súbito, fazendo cessar a atividade de um coração em boas condições fisiológicas, ou então, aparecer como a última manifestação de vida de um músculo cardíaco bastante debilitado.

A causa imediata do aparecimento das extrassístoles é da fibrilação parece residir nas condições diversas da excitabilidade, criadas pela presença de uma zona muscular mal nutrida.

Além dessas alterações do ritmo, que são comuns na obstrução de qualquer ramo, motivada pelo desequilíbrio das condições de excitabilidade da massa muscular, podemos encontrar outras, causadas pela lesão do sistema excito-condutor.

A presença de um embaraço à circulação do sangue na artéria auricular direita anterior, de onde geralmente parte a artéria nutridora do nódulo sinusal, acarretará sérios distúrbios no ritmo.

Entre os ramos septais da artéria descendente posterior (ramo da coronária direita) existe um, de importância particular, pois irriga o nódulo de ASCHOFF-TAWARA, o tronco comum do feixe de His e uma parte do seu ramo esquerdo. O ramo direito recebe o sangue por intermédio de um ramo septal proveniente da descendente anterior (ramo da coronária esquerda). A obstrução de um desses ramos acarretará a falta de nutrição e portanto a deficiência funcional desses pontos importantes do sistema condutor, produzindo as arritmias, por bloqueio aurículo-ventricular e os bloqueios de ramo.

As alterações da corrente de ação do músculo cardíaco, após a obstrução coronária, seguida de necrose, são muito típicas no traçado electrocardiográfico.

Como estas alterações evoluem de maneira constante, acompanhando a evolução anátomo-patológica da zona lesada, o estudo comparativo dos traçados feitos em várias épocas sucessivas fornece elementos preciosos no diagnóstico e prognóstico do enfarte do miocárdio.

B) — AS DERIVAÇÕES DAS EXTREMIDADES NO ENFARTE

Vejamos como se instalam e como se processa a evolução das alterações electrocardiográficas.

a) — Dentro de um período de minutos, horas ou em casos mais raros 1 ou 2 dias após a oclusão coronária, nota-se o desvio do segmento RS-T, que passa a ter origem acima ou abaixo da linha isoeletrica. Após descrever uma curva pronunciada este segmento vem terminar na linha básica, sem que se possa separá-lo da onda T. A junção S-T funde-se com o complexo inicial QRS, formando uma onda monofásica, em cúpula, de aspecto característico.

Na fig. 1 vemos em *a* o deslocamento do segmento RS-T, que após fundir-se como complexo inicial, transforma-se numa grande onda monofásica.

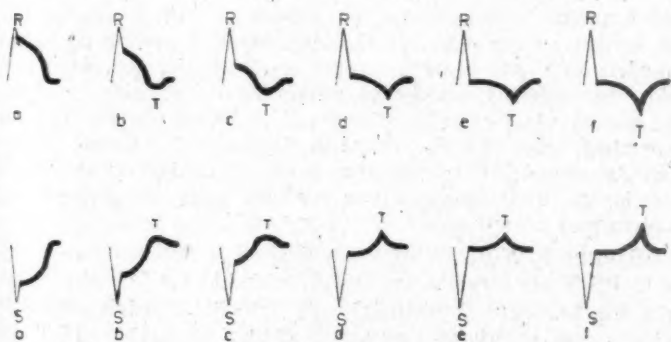


Fig. 1

Evolução das alterações electrocardiográficas no enfarte. (Esquema).
Descrição no texto

b) — Nos dias que se seguem, o início de RS-T vai retornando à linha isoeletrica, ao mesmo tempo que se vai esboçando uma onda T, de direção oposta ao desnível e de amplitude cada vez maior.

O esquema da fig. 1 mostra de *b* a *f* sucessivas fases da evolução da primitiva onda monofásica, pelo retorno da junção S-T à linha de base e inversão da onda T com oposição ao complexo inicial.

c) — O aparecimento de uma onda Q muito profunda.

d) — Mais ou menos na ocasião em que o RS-T voltou, novamente à linha isoeletrica, estabelece-se uma alteração muito

típica: — A onda T, de direção sempre oposta ao primitivo deslocamento de RS-T, apresenta-se de grande amplitude, afilada e ponteguada, de ramos simétricos e arredondada no ponto de união com a linha isoeétrica (Pardee).

PARKINSON e BEDFORD (1) foram os primeiros a chamar a atenção para o fato de que essas alterações geralmente se processam em sentido oposto nas derivações 1 e 3. Assim, quando o desnível da junção é superior em D1, será inferior em D3. O mesmo acontece com a onda T cujo sentido é oposto em D1 e D3.

Embora qualquer ramo das artérias coronárias possa ser sede de um processo de obstrução e a conseqüente zona isquêmica atingir qualquer segmento do miocárdio, as lesões mais frequentes são encontradas, em regra, em duas regiões: — parede anterior e ápice do ventrículo esquerdo e parede posterior e base do mesmo ventrículo. Em ambas, a porção sub-jacente do septo interventricular é com frequência atingida.

A anatomia e os dados experimentais ensinam que a oclusão do ramo descendente ou interventricular anterior da artéria coronária esquerda acarreta uma zona isquêmica na parede anterior do ventrículo esquerdo, possivelmente atingindo o ápice, ou algumas vezes o ápice somente. Lesão semelhante no ramo descendente posterior da coronária direita ou no ramo circumflexo da coronária esquerda traz o comprometimento da porção posterior ou diafragmática do ventrículo esquerdo com ou sem envolvimento do ápice.

BARNES e WHITTEN (2) identificaram o tipo em que o segmento RS-T era elevado em D1 e deprimido em D3, com o enfarte que se segue à obstrução da artéria coronária esquerda, portanto com o enfarte anterior; e o tipo no qual o RS-T era deprimido em D1 e elevado em D3, com o enfarte conseqüente à obstrução da coronária direita — enfarte posterior.

Existem diferenças bastante nítidas nos traçados de uma e de outra situação; daí a necessidade de estudarmos, separadamente, as modificações do electrocardiograma nos enfartes anteriores e posteriores.

a) — *Enfarte anterior*

A partir dos primeiros instantes após o início do ataque, encontramos no traçado os seguintes sinais característicos de um enfarte anterior:

(1) Parkinson, J. and Bedford, D. E. Heart, 1928, XIV, 195.

(2) Barnes and Whitten Amr. Heart Journal, 5:142 — 171, Dec. 1929.

- 1) — Baixa amplitude do complexo QRS em D1;
- 2) — Onda Q pronunciada, em D1;
- 3) — Onda S profunda em D2 e D3;
- 4) — Alterações progressivas na parte final da deflexão ventricular. No começo consiste em elevação do segmento R-ST e fusão com a onda T, em D1, e depressão e fusão desse segmento com a onda T, em D3.

Após algumas horas ou dias, estas alterações iniciais sofrem modificações.

- 1) — O deslocamento da junção RS-T vai desaparecendo gradualmente;
- 2) — A onda T torna-se aguda e invertida em D1, e aguda e elevada em D3.

Finalmente, após dias ou semanas, a junção alcança a linha de base, mas permanece uma onda Q profunda, em D1 e uma onda T invertida na mesma derivação.

Na fig. 2 vemos representadas, de maneira esquemática, esses sinais característicos de um enfarte anterior.

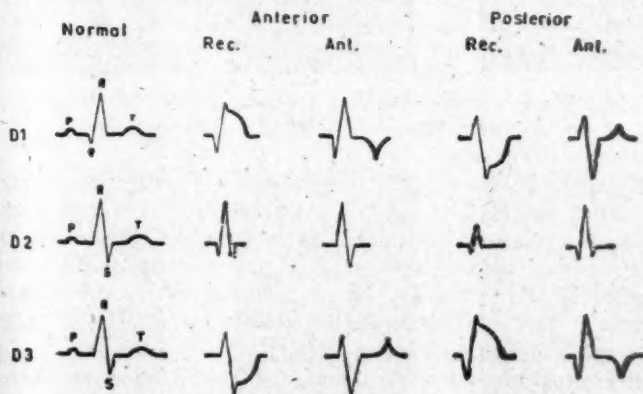
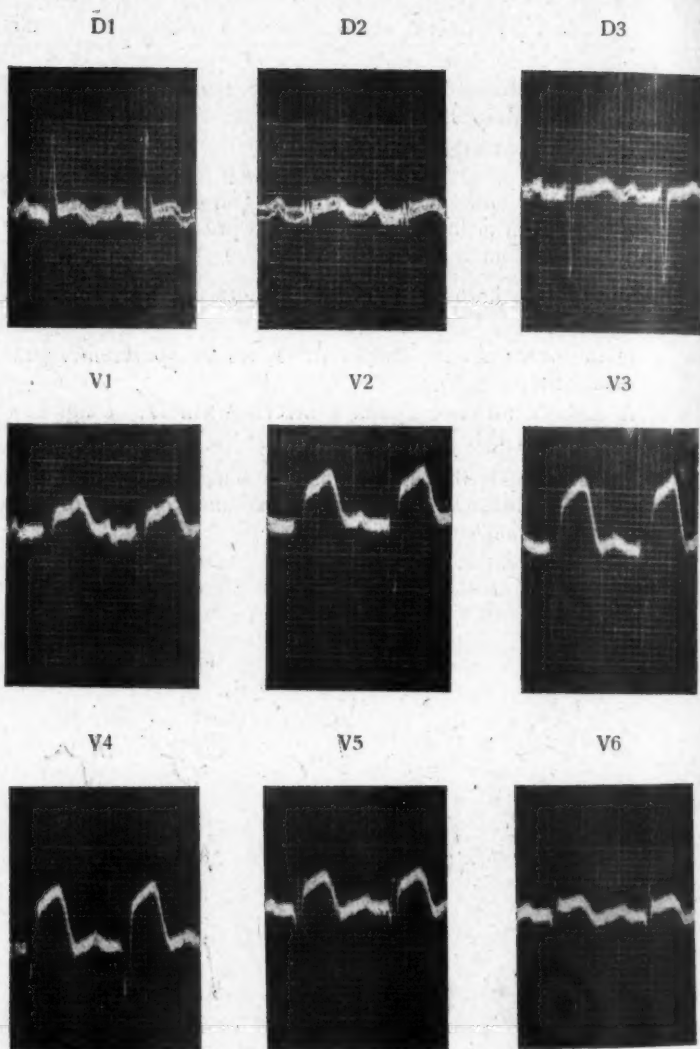


Fig. 2

Sinais típicos do enfarte do miocárdio. Esquemas segundo Nomenclature and Criteria for Diagnosis of the Diseases of the Heart edic. 1943, pág. 140 e 142

Em 1933, WILSON e seus colaboradores mostraram a importância dessas mudanças típicas da onda Q, que podem ser úteis na identificação da sede do enfarte, quando estiverem ausentes as anormalidades características de T.

Sugeriram aqueles autores, a criação de um tipo Q1 T1 de complexo ventricular, significando que uma onda Q profunda,



23-9-1943

Fig. 3

Homem de 60 anos. Hipertensão crônica. Enfarte agudo no dia 22-9-43. Traçado feito 24 horas depois. Q1 presente, seguido de desvio de RS-T para cima. QRS em forma de "W" em D2. Grande amplitude de QRS. Desvio para a esquerda (hipertrofia-hipertensão). Onda R apenas perceptível em V1, V2 e V3, ausente em V4, onde só QS está presente. Em V5 e V6 nota-se a existência de Q precedendo R. Acentuado desvio de RS-T para cima, em todas as precordiais de V1 a V6 o que caracteriza um extenso enfarte anterior agudo num coração hipertrofiado. O paciente faleceu 2 dias depois. (Cortesia do Dr. Nelson Cotrim).

uma elevação da junção RS-T com a subsequente inversão de T durante a cura estavam associadas em D1.

* Na fig. 3 vemos um traçado típico de um enfarte anterior agudo, bastante extenso, como mostram as derivações precordiais. Além da presença de Q1 e S3 profunda, nota-se uma elevação do segmento RS-T em D1.

A figura 4 mostra uma curva típica de enfarte anterior em fase tardia. A presença de Q1 seguido de T1 negativo e alterações encontradas nas derivações precordiais evidenciam um enfarte extenso da coronária esquerda em fase tardia.

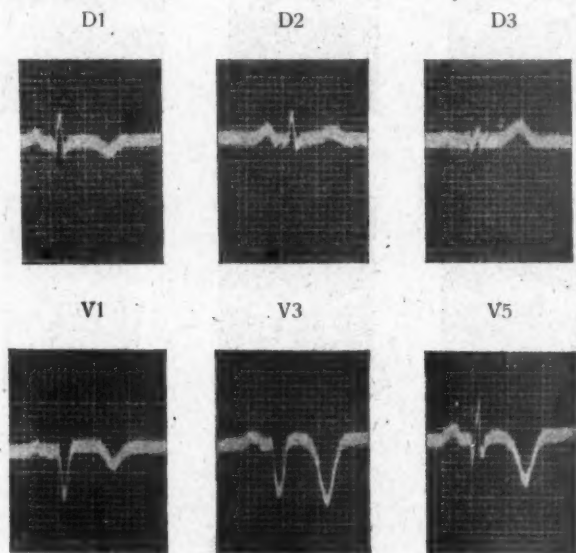


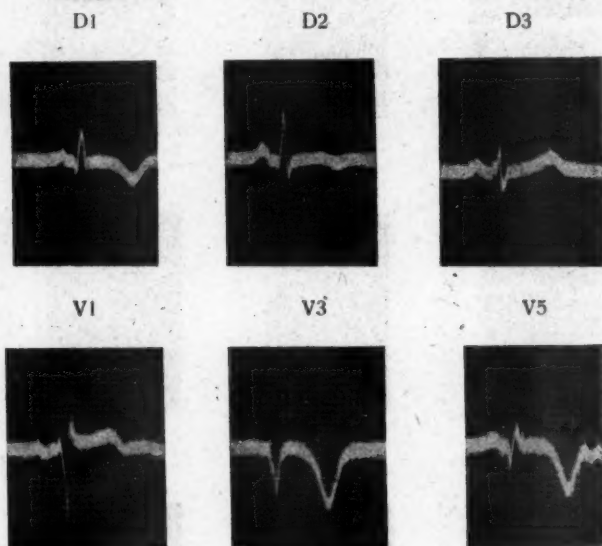
Fig. 4

Homem de 52 anos. Curva típica de enfarte anterior em fase tardia. Enfarte em 25-8-43. Traçado feito em 16-10-43. Q1 presente, seguido de T1 negativo. Onda QS em V1 e V3. Presença de Q em V5. Onda T negativa em todas as derivações precordiais. Enfarte anterior extenso. (Cortesia do Dr. Nelson Cotrim).

A presença de um enfarte antero-lateral esquerdo, em fase tardia, é observada no traçado da fig. 5, onde se nota, além de Q1 e T1, anormalidade nas derivações precordiais, sobretudo V3 e V5.

As figuras 6, 7 e 8 mostram a evolução de um enfarte anterior. As curvas revelam, sucessivamente, o aspeto de um enfarte agudo, a fase tardia e o desaparecimento complexo dos si-

nais 8 meses após o início, o que coincidiu com os sinais clínicos. Sòmente houve modificações do acidente T. O complexo QRS nunca apresentou aspeto típico, o que em geral acontece nos casos benignos e de bom prognóstico.



23-8-1943

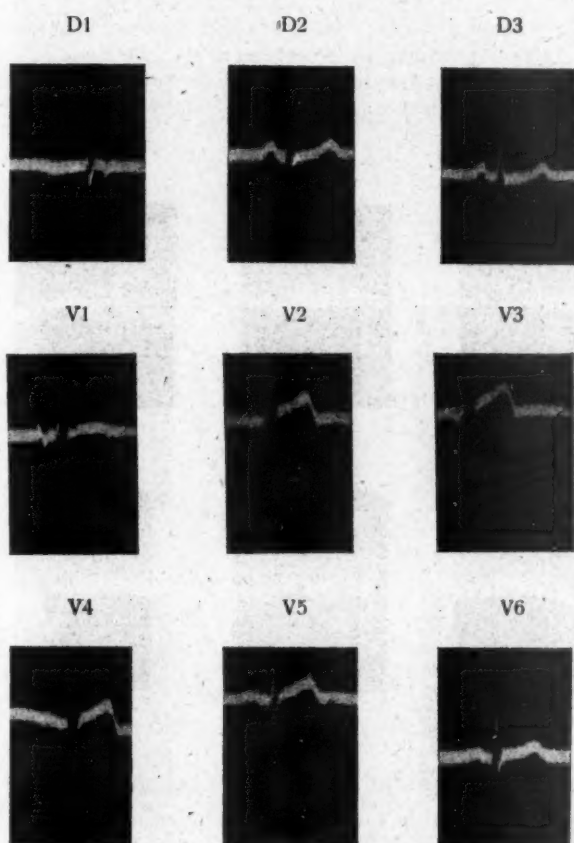
Fig. 5

Homem de 51 anos. Enfarte anterior em fase tardia. Enfarte ocorrido em 1-8-43. Traçado feito em 23-8-43. Q1 presente, seguido de T1 negativo. Onda QS em V3. Presença de Q em V5. Onda T negativa em V3 e V5. Enfarte antero-lateral esquerdo. (Cortesia do Dr. Nelson Cotrim).

b) — *Enfarte posterior*

Logo após o começo do ataque, observamos no traçado os seguintes sinais típicos de enfarte posterior:

- 1) — Baixa amplitude do complexo QRS em D2;
- 2) — Presença da onda Q profunda em D2 e D3 e ausência de Q em D1;
- 3 — Alterações progressivas na parte final da deflexão ventricular. No início, observa-se uma depressão do segmento RS-T e fusão com a onda T em D1 e elevação e fusão desse segmento em D3.



1-3-1943

Fig. 6

Homem de 50 anos. Dôr violenta retro-esternal, que cedeu com morfina. Náuseas. No dia seguinte (1-3-43) apresentava bulhas abafadas e pressão arterial Mx 105 Mm 75. O electrocardiograma mostra RS-T em D1 ligeiramente desviado para cima. Ausência de Q em D1. Nas derivações precordiais, V1, V2, V3 e V4, a onda Q não excede 2 mm. Nota-se um desvio de RS-T para cima, em todas as precordiais. Onda Q presente e RS-T menos desviado em V5 e V6. O aspectodottração sugere um enfarte anterior agudo.

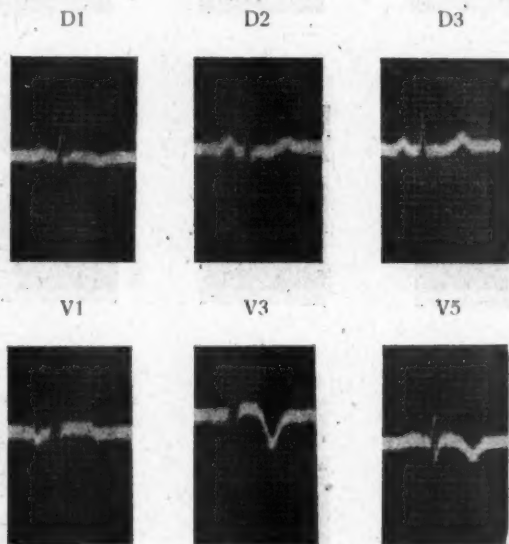
Num período variável de tempo verifica-se:

- 1) — O deslocamento do segmento RS-T desaparece;
- 2) — A onda T torna-se aguda e elevada em D1, e, aguda e invertida em D3.

a) — Esses sinais característicos do enfarte posterior acham-se esquematizados nos desenhos da fig. 2.

A presença de uma onda Q profunda em D3 e de uma onda T invertida na mesma derivação dá ao quadro, segundo a sugestão de WILSON, o tipo Q3 T3.

Na fig. 9 encontramos um exemplo de enfarte posterior antigo. A presença de Q3 profunda e T3 invertida e ponteaguda tornam o traçado típico.



8-4-1943

Fig. 7

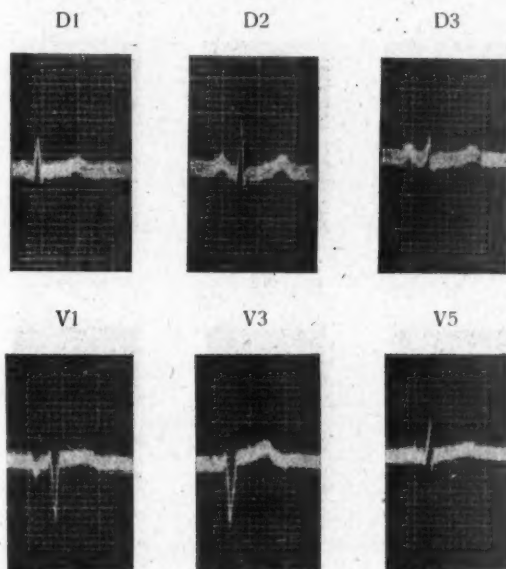
Mesmo caso da figura anterior. No dia 8-4-43, cinco semanas após o início da enfermidade, foi feito um outro electrocardiograma. Verifica-se a presença do acidente T, negativo em V1, V3 e V5. A onda R nas derivações precordiais continua de amplitude reduzida, sem que tivesse aparecido QS. A evolução da forma electrocardiográfica confirma o diagnóstico de enfarte anterior. O traçado actual é sugestivo de enfarte em fase tardia.

As figuras 10, 11 e 12 mostram a evolução de um enfarte posterior, da fase aguda à fase tardia.

Dissemos que a oclusão do ramo descendente posterior da coronária direita ou do ramo circumflexo da artéria coronária esquerda, traz o comprometimento da porção posterior ou diafragmática do ventrículo esquerdo, com ou sem envolvimento do ápice.

Após termos estudado os enfartes posteriores, devemos tratar de modo um pouco mais particularizado, os enfartes da zona do ápice ou melhor, enfartes póstero-laterais.

Estes enfartes seguem, de regra, a oclusão do ramo circumflexo da coronária esquerda. Seus sinais electrocardiográficos nas derivações das extremidades são relativamente pouco acentuados, consistindo principalmente num desvio para baixo da junção RS-T em D1 e D2. As ondas T podem ser estreitadas, deprimidas e mesmo invertidas.



3-11-1943

Fig. 8

Mesmo caso da figura anterior. Oito meses depois, em 3-11-43 um outro traçado mostra um aspecto normal de D1, D2 e D3. A forma dos acidentes não permite estabelecer o diagnóstico de enfarte. A única alteração no traçado, que entretanto não é típica, é a presença da onda R reduzida em V3. (Cortesia do Dr. Nelson Cotrim).

O complexo QRS não mostra alterações muito características e, algumas vezes, não se observam modificações, nesses acidentes.

Vários autores, entre eles, WOLFERTH e WOOD assinalam o fato de que os sinais do enfarte póstero-lateral desaparecem muito rapidamente, não deixando traços de sua passagem.

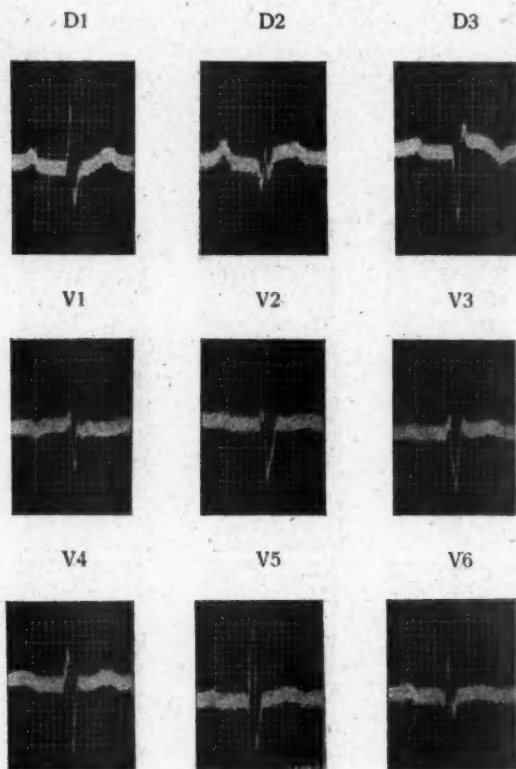


Fig. 9

Homem de 52 anos. Ataque na manhã do dia 5-8-44. Exame feito 24 horas depois. Crise dolorosa precordial. Elevação de temperatura. QRS em D2 de baixa amplitude. Presença de onda Q2 e Q3 profundas, não se notando Q em D1. Abaixamento da junção em D1 e elevação em D3, com presença de onda T, invertida e ponteguada. As derivações precordiais não mostram alterações dignas de nota. Enfarte posterior agudo. (Observ. pessoal).

E' possível que a circulação colateral venha a suprir a deficiência do ramo obstruído, pois, como se pode verificar nas preparações anatômicas, a distribuição dos ramos das coronárias, nessa região, facilita essa circulação de suplência.

C) — ENFARTE E DERIVAÇÕES PRECORDIAIS

As derivações precordiais, sobretudo as derivações múltiplas propostas por F. N. WILSON, constituem um precioso auxílio no diagnóstico do enfarte do miocárdio. Com seu emprego po-

demons, de maneira mais exata, precisar a localização da zona isquêmica e muitas vezes avaliar a extensão da lesão.

Devemos considerar aqui, como o fizemos para as derivações das extremidades, dois tipos, ou melhor, duas localizações principais:

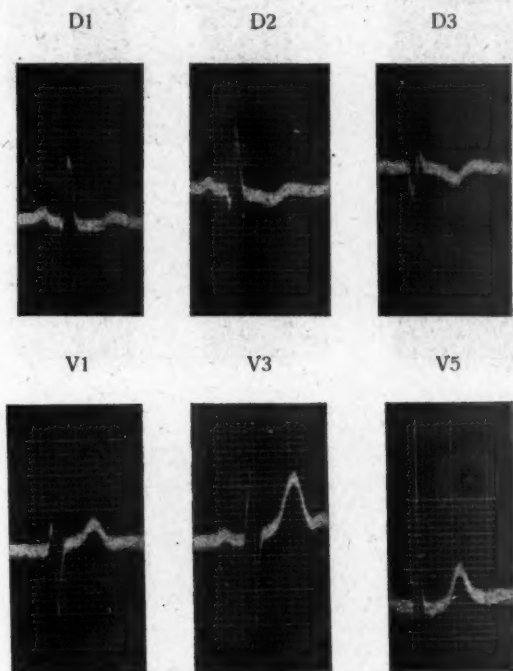


Fig. 10

Homem de 36 anos. Enfarte posterior antigo. Enfarte ocorrido há 5 anos. Presença de onda Q, em D2 e profunda em D3, seguida de uma onda T negativa. Não há desvio de RS-T. As derivações precordiais não mostram alterações. O traçado é típico de enfarte antigo da parede posterior. (Cortesia do Dr. Nelson Cotrim).

O primeiro, que se denomina Q1 T1, é constituído pelos enfartes da parede anterior e o segundo, Q3 T3, formado pelos enfartes da parede posterior, ou melhor diafragmática.

Para as derivações precordiais, essa divisão assume um caráter de grande importância, pois o eletrodo explorador registrando o potencial da porção da superfície ventricular que lhe é mais próxima, recolhe a influência apenas dessa zona ventricular.

Homem de 52 anos. Ataque agudo em 4-10-43. No primeiro exame, feito em 5-10-43, nota-se a existência de Q2 e Q3 nítidos, com desvio do segmento e junção RS-T para cima, em D2 e D3, seguido de T negativo e para baixo em D1. Desvio de RS-T para baixo em precordiais, mais acentuado em CR5, QRS com 0,12. Enfarte posterior agudo e bloqueio intra-ventricular. No último exame, feito em 31-12-43, a onda T, antes positiva em D2 e de menor amplitude em D3. Nas precordiais verifica-se um redôno de junção a infra-basilar com precordial T mais amplas e de forma normal. O primeiro e o último traçados da série foram colocados juntos para facilitar a comparação. As figuras seguintes mostram a evolução típica de uma curva de enfarte posterior, durante a fase aguda a fase tardia. (Cortesia do Dr. Nelson Cotrim).

A parede anterior é, portanto, explorada com grande precisão por esse método, sendo mais ou menos reduzidos os informes da parede posterior.

Vimos anteriormente que as alterações electrocardiográficas acompanham a evolução do processo patológico da fibra cardíaca, distinguindo-se um estadio inicial com alterações que precedem à necrobiose da fibra e outro tardio, que é consequência deste processo de malácia.

Esquemáticamente, são as seguintes as alterações dos traçados precordiais nos enfartes da parede anterior:

a) — Acentuado desvio do segmento RS-T para cima da linha isoeleétrica. (Fig. 3).

b) — A deflexão intrínseca vai desaparecendo gradativamente, tornando o complexo ventricular uma curva monofásica e negativa.

Num período de horas, instala-se a necrose das fibras não nutridas e quando a morte e a degeneração da fibra se estendem a toda a parede ventricular, a curva nas derivações precordiais toma uma forma característica:

a) — Ausência da oscilação positiva pré-intrínseca. (Fig. 5).

b) — Desaparecimento da deflexão intrínseca. O complexo fica reduzido a uma ampla oscilação negativa Q ou QS. (Fig. 4).

c) — O segmento RS-T, agora tornado isoeletrico, é seguido de uma onda T negativa. (Figs. 4 e 5).

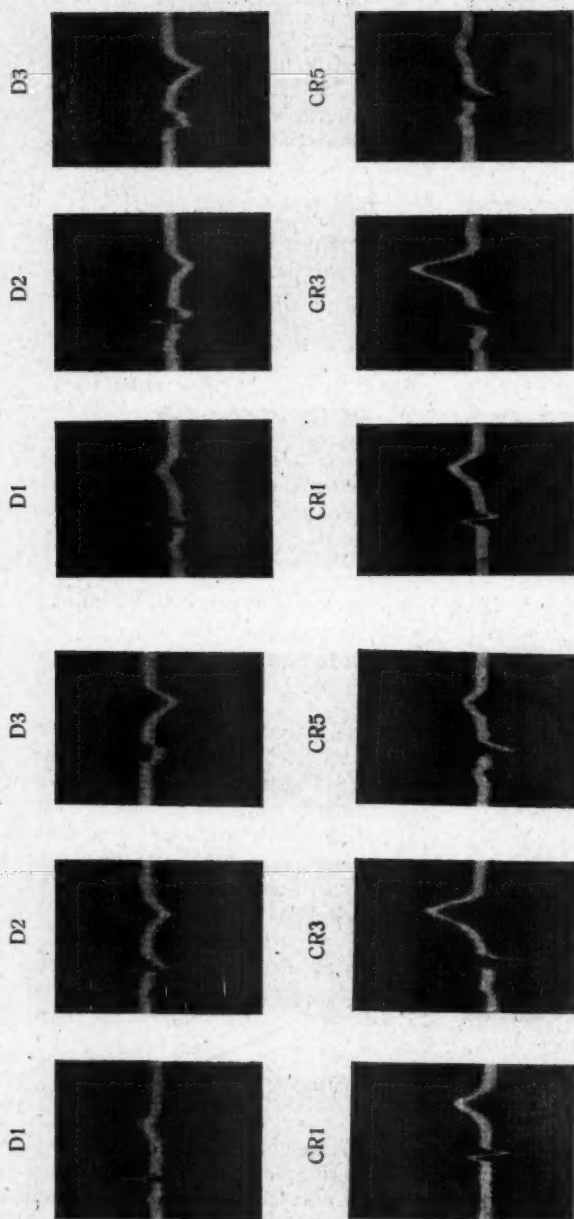
No estado agudo do enfarte da parede posterior, encontramos nos traçados feitos em derivações precordiais apenas um acentuado desnível do segmento RS-T para baixo da linha isoeleétrica. Desaparecido o desnivelamento, as curvas não revelam anomalias que possam ser características de enfarte. (Fig. 14).

Em certos casos, quando o enfarte anterior é de pequenas dimensões e se acha distante do ponto precordial explorado, não encontramos as modificações da deflexão intrínseca, apenas observamos uma inversão da onda T.

As alterações de T são transitórias; dentro de um prazo mais ou menos variável elas desaparecem, mas, as modificações do complexo (QRS) persistem quasi sempre, o que permite um diagnóstico retrospectivo do enfarte.

Tomando-se as derivações múltiplas, podemos observar modificações nas curvas de todos os seis pontos ou somente em alguns deles.

Esse fato depende da extensão do enfarte, e como se pode concluir desde logo, o uso das derivações precordiais proporcionará um meio de avaliarmos essa extensão, o que é de grande vantagem.



13-10-1943

27-10-1943

Fig. 12

O traçado feito em 13-10-43 mostra que o desvio do segmento RS-T vai desaparecendo. A onda T apresenta-se agora com aspecto característico de onda chamada coronária: negativa em D2 e D3 (em sentido oposto ao desvio inicial do segmento) e positiva em D1. Presença da onda Q ou melhor QS, em D3, com um nítido entalhe. As derivações precordiais são normais. No traçado seguinte, feito em 27-10-43, nota-se o mesmo aspecto do traçado anterior, exceto pelo entalhe de QRS em D2 e D3, que se tornou mais acentuado.

(Cortesia do Dr. Nelson Cotrim).

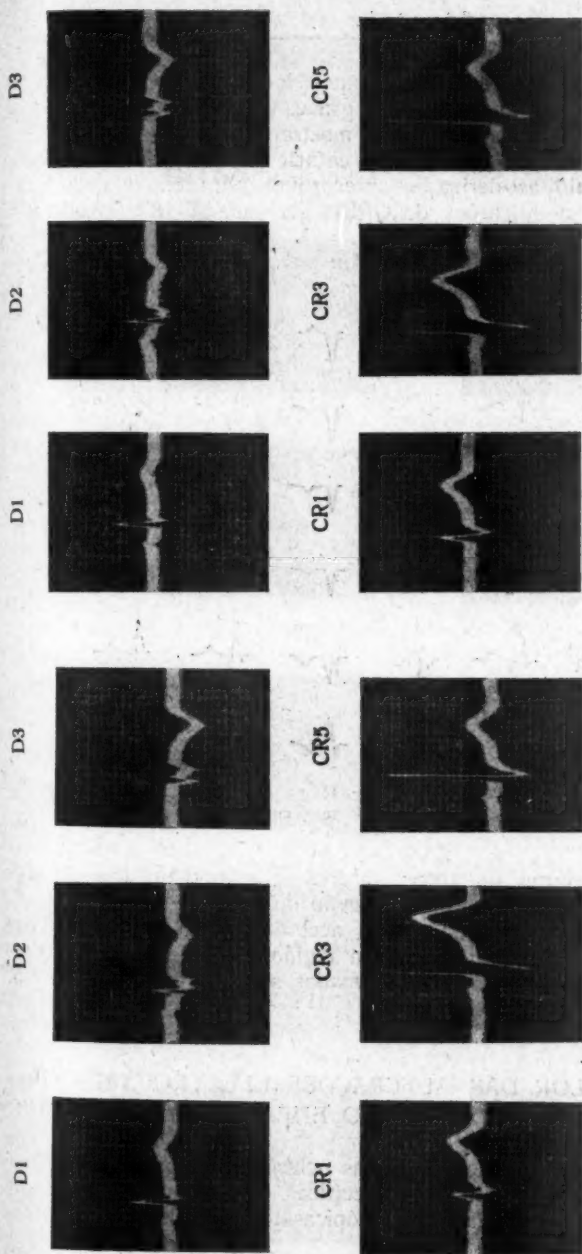


Fig. 13

O traçado feito em 10-11-43 não revelou alterações em relação ao anterior. No exame feito em 24-11-43 verificou-se que o entalhe em D3 tornou-se mais nítido, dando uma forma em "W" ao complexo.

(Cortesia do Dr. Nelson Cotrim).

Modificações em vários pontos indicam uma lesão extensa e portanto de prognóstico mais grave.

HAMILTON e NYBOER (1), mostraram que a derivação esofageana, permite diagnosticar o enfarte posterior de maneira tão exata, quanto as derivações precordiais para os enfartes anteriores. As modificações de QRS e da onda T são semelhantes.

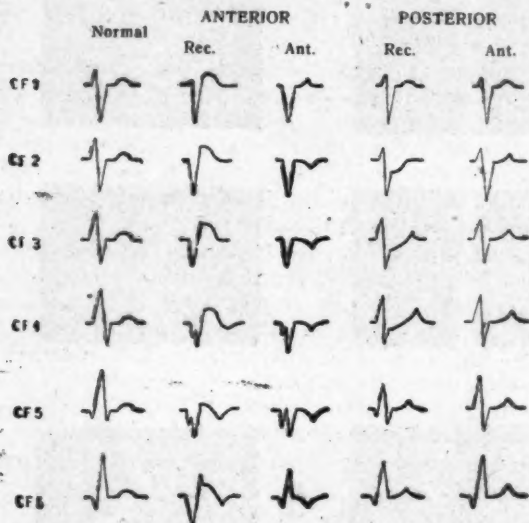


Fig. 14
Derivações precordiais múltiplas e suas modificações no enfarte do miocárdio

Nos enfartes do ápice, observa-se uma depressão do segmento RS-T e também uma inversão do acidente T.

Essas alterações são mais acentuadas nas derivações que entram mais em contacto com a região pósterio-lateral do coração, tais como as derivações tomadas sobre os pontos 3, 4 e 5. (Fig. 5).

D) — VALOR DAS ALTERAÇÕES ELECTROCARDIOGRÁFICAS NO DIAGNÓSTICO DO ENFARTE DO MIOCÁRDIO

E' sabido que nem tôdas as oclusões coronárias são seguidas dessas anormalidades específicas do traçado elétrico. A clínica e as verificações necroscópicas têm demonstrado que cer-

(1) Hamilton, J. G. M. e Nyboer Amer. Heart Jour. 1938, XV. 414.

tas oclusões decorrem de modo absolutamente mudo ao electrocardiograma. Seja pela sua situação particular, seja pela pouca importância do vaso obstruído, certos enfartes passam despercebidos ao exame.

Freqüentemente, contudo, a obstrução traz uma modificação progressiva do complexo ventricular, muito característica e de grande valor diagnóstico.

A primeira alteração consiste num deslocamento transitório da junção e segmento RS-T.

Na "angina pectoris", durante um ataque de dôr, é freqüente ver-se um deslocamento de RS-T, mas esta alteração é menos pronunciada e menos duradoura do que na oclusão. Além disso, na oclusão coronária, o deslocamento é quasi sempre discordante, (em direções diversas nas três derivações) enquanto que na angina elle é freqüentemente concordante (na mesma direção nas três derivações).

Na pericardite aguda, não é raro observar-se um deslocamento transitório, freqüentemente concordante do segmento RS-T.

E' necessário distinguir os deslocamentos transtórios, que são sempre devidos a uma lesão aguda (necrose isquêmica) em uma fração mais ou menos considerável da parede ventricular, de um deslocamento permanente do segmento RS-T.

No desvio do eixo elétrico e nos bloqueios de ramos, encontramos pronunciados deslocamentos permanentes.

Mesmo em casos normais podem ser observados ligeiros deslocamentos.

Certas drogas de ação sobre o músculo cardíaco, como a digital, produzem modificações no espaço RS-T, mas suas alterações são de natureza a estabelecer distinção com os deslocamentos da oclusão. O deslocamento após a administração da digital é transitório e concordante, atingindo mais o segmento que segue a junção RS-T, do que a própria junção.

As modificações electrocardiográficas podem permanecer por um espaço de tempo variável. Algumas vezes, esse tempo é muito curto; as alterações do traçado desaparecem tão rapidamente, que um segundo exame feito dias após, revelará complexos perfeitamente normais.

O electrocardiograma permite acompanhar a evolução do processo, pois um deslocamento que se mantém por um tempo bastante longo indica que novas fibras estão sofrendo um processo de necrobiose e que, portanto, o enfarte continua progredindo.

O aparecimento de arritmias ou distúrbios na condução, indica o comprometimento dos vários setores do sistema excitatório, fornecendo mais um elemento para o prognóstico do enfarte.

E) — CONCLUSÕES

A presença de uma zona de necrobiose isquêmica no miocárdio é acompanhada, na maioria das vezes, de modificações características na corrente de ação do coração.

Estas alterações no traçado electrocardiográfico sofrem uma série de transformações, que acompanham a evolução do processo patológico.

Inicialmente, observa-se um desvio do segmento RS-T. Esse deslocamento é produzido pelo potencial elétrico que se desenvolve no músculo diretamente atingido pela isquemia, como consequência da lesão da membrana semipermeável que envolve suas fibras (corrente da injúria). Este potencial persiste até que o músculo lesado entre em necrose ou recupere totalmente sua vitalidade.

Após um período variável de tempo (o necessário para que se modifique o estado da lesão muscular), com o desaparecimento do potencial acessório do músculo, o segmento RS-T volta novamente à linha básica, mas, aparecem duas outras modificações que são características.

a) — A onda T, de direção sempre oposta ao primitivo deslocamento da junção S-T, torna-se cada vez mais pronunciada, afilada e ponteguda, apresentando os seus ramos simetricamente arredondados.

b) — O aparecimento de uma onda Q, muito profunda. Este acidente, que aparece dentro de algumas horas após a oclusão coronária, atinge seu máximo dentro de poucos dias. Ao fim de algum tempo torna-se cada vez menos pronunciado, desaparecendo completamente. Contudo, na maioria dos casos é permanente.

O sentido desse deslocamento nas derivações 1 e 3 estabelece o diagnóstico da sede do enfarte.

Comumente observam-se enfartes anteriores e posteriores no ventrículo esquerdo. Mais raramente podem ser encontrados enfartes na região do ápice, ou melhor, na parte postero-lateral da parede ventricular esquerda.

Quando o enfarte atinge o septo, e, neste, o sistema excitatório, as arritmias e os bloqueios acompanham aquelas modificações do complexo ventricular.

As derivações precordiais, sobretudo as precordiais múltiplas, constituem um precioso auxílio no diagnóstico dos enfartes anteriores, não sendo de grande valor para os enfartes posteriores.

Endereço: Av. 9 de Julho n.º 4341

Em defesa de nossa técnica para a via de acesso ao segmento pancreático do ducto colédoco e porção juxta-duodenal do ducto pancreático principal de Wirsung.

(Resposta ao Prof. Dr. R. Finochietto)

Dr. Mario Degni

Assistente da Faculdade de Medicina de São Paulo

O presente artigo tem por finalidade responder uma carta a nós dirigida pelo Prof. R. Finochietto e que vamos transcrever na íntegra:

"CARTA AL DR. DEGNI — Buenos Aires, enero 7 de 1944. Sr. Dr. Mario Degni. São Paulo, Brasil. Estimado colega: Con motivo de la publicación de "Metodos Modernos de Amputação" del Dr. Vasconcelos — 1942 —, advèrti que se había reeditado lo esencial de mi artículo: "The usefulness of ventral decubitus in some leg amputations", que publiqué es 1915 en "Annals of Surgery", la difundida revista norteamericana. Hoy me pide Vd. parecer con respecto a la nota previa sobre "Nova Técnica para Via de Acesso ao Segmento Pancrático do Ducto Coledoco, etc.". Mi opinión es semejante a la que debí expresar a su maestro el Profesor Vasconcelos: total coincidencia de ideas, hechos y figuras, con las que fueron publicadas por mí en octubre de 1942 — esta vez — en la "Revista de Cirurgia de Buenos Aires, año XXI, n.º 10, págs. 461 a 470. En esa difundida revista quirúrgica, di a conocer lo que meses antes — julio 28 de 1942 — presentara en una sesión de la Academia Nacional de Medicina ("Boletín de la Academia N. de M". 1942, pág. 283) y en junio de 1940 (inédito) en una "sesión conjunta" de los Servicios de los Drs. E. y R. Finochietto. Ulteriormente hemos seguido empleando la vía pancreática, sobre la que se expresara favorablemente, con su gran autoridad, el Profesor Mirizzi en el curso de perfeccionamiento de mayo de 1943. Salúdalo con su consideración más distinguida. Ricardo Finochietto".

Esta carta foi publicada na conceituada revista: "La Semana Medica", ano LI, n.º 3, fls. 148-1944, B. Aires. Nela, como percebe o leitor, o Prof. Finochietto *pretende* negar, em seu favor, a prioridade da nossa técnica de via de acesso ao segmento pancreático do colédoco e ao Wirsung. Essa técnica foi apresentada

por nós, como nota prévia, em junho de 1943, à Associação Paulista de Medicina e publicada na Revista da Associação Paulista de Medicina, vol. XXIII, n.º 6, dez. de 1943. Enviamos uma separata dessa revista ao Prof. R. Finochietto.

Este professor, não satisfeito com a publicação da sua carta, mandou imprimi-la em folheto, tipo carta-circular, colocando-a profusamente entre as páginas do número daquela revista, numa estranha maneira de divulgar suas pretensões.

Diante da atitude do Prof. R. Finochietto, vimo-nos obrigado a procurar as páginas de uma revista científica idonea. O objetivo fundamental deste artigo é provar:

1) que a descoberta do plano de clivagem como via de acesso ao segmento dito intraglandular do colédoco, sem lesão do pâncreas, pertence a Chlyvitch e Kozintzev.

2) que a primeira técnica apresentada para a via de acesso ao segmento pancreático do colédoco pertence ainda a Chlyvitch e Kozintzev.

3) que o Prof. R. Finochietto não possui técnica original para a via de acesso ao segmento pancreático do colédoco.

4) que a nossa técnica é original e, portanto, diferente daquela descrita por Chlyvitch e Kozintzev.

5) que a nossa técnica é concebida para os casos, e exatamente aqueles, em que o Prof. R. Finochietto, em condições cirúrgicas, não conseguiu achar o plano de clivagem.

Passemos ao que nos interessa mais de perto. Quando comunicamos, em nota prévia, a nossa via de acesso ao segmento pancreático do colédoco, já conhecíamos o artigo do Prof. R. Finochietto intitulado "Coledoco; importancia quirúrgica de su porcion pancreatica" publicado na "Revista de Cirugia de Buenos Aires", ano XXI, n.º 10, pgs. 461 a 470, 1942. No entretanto, o Prof. R. Finochietto, na carta referida, cita "essa difundida revista" preocupado em que porventura não conhecessemos sua atividade científica nesse particular. Ora, lemos e relemos cuidadosamente aquele artigo e por saber que aquele professor se havia preocupado pelo assunto, é que lhe enviamos uma separata da nossa comunicação. Assim, ele poderia melhor justapreciar o resultado de investigações que fazemos desde 1940, que se destinam à feitura de uma tese orientada pelo Departamento de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental (Prof. E. Vasconcelos) e pelo Departamento de Anatomia Descritiva e Topográfica (Prof. R. Locchi), em material gentilmente cedido pelo Prof. L. da Cunha Motta do Departamento de Anatomia Patológica, departamentos esses da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.

O envio de nossa separata ao Prof. R. Finochietto, pedindo-lhe suas impressões, revela o propósito de lhe prestar uma homenagem por ter publicado sobre o assunto e a honestidade com que agimos, pois seria muito imprudente endereçar uma separata de nova técnica a quem acredita, como o Prof. R. Finochietto, haver uma "total coincidência de idéias, hechos e figuras, com las que fueram publicadas por mi en octubre de 1942".

A nossa defesa exige que façamos um histórico a respeito do problema em jogo e lembremos o artigo fundamental de Chlyvitch, e Kozintzev intitulado "Plan de clivage pancreatique comme voie d'abord vers le segment dit intra-glandular du cholédoque (Recherches sur les rapports du choledoque avec le tissu pancreatique. Travail de l'Institut de Anatomia Descriptive et Topographique de l'Université de Belgrade. Chefe: B. Chlyvitch), publicado no "Ann. d'Anat. Pathol. et d'Anat. normal médico-chirurgicale 14:505-11, junho de 1937.

Esse artigo representa um real marco de progresso dado ao assunto pelos autores iugoslavos, pois a eles cabe o grande mérito da descoberta do plano de clivagem pancreático nos casos de colédoco dito intrapancreático.

O trabalho se baseia em investigações feitas em 100 pâncreas humanos. Destacaremos desse artigo os tópicos que mais possam esclarecer o leitor, que neste caso será um verdadeiro juiz.

Referindo-se os autores iugoslavos às relações do tecido pancreático com o segmento impropriamente denominado intra-glandular do colédoco, afirmam com a responsabilidade de anatomistas reputados que: "Este ponto de anatomia normal *passado despercebido* (*) merece bem ser mencionado, pois que ele interessa justamente o segmento do colédoco particularmente importante do ponto de vista cirúrgico".

Em certa altura, dizem Chlyvitch e Kozintzev: "Toda vez que o segmento distal do colédoco retro-pancreático está na aparência, englobado, em um canal glandular, ele está na realidade deitado numa goteira pancreática, cujos lábios, afrontados um ao outro, *são mantidos em contacto por um tecido celular geralmente muito frouxo*". "Quer dizer que existe normalmente sobre a face posterior do pâncreas, *ao longo do canal glandular*, um plano de clivagem através do tecido pancreático, que permite abordar o colédoco, *sem lesão do tecido glandular*". Continuam os mesmos A. A. "E' suficiente dissociar o tecido celular que enche o plano de clivagem, indicado sobre a face posterior da cabeça do pâncreas por *uma delgada trave de aspecto linear*, para reconstituir os lábios da goteira primitiva, no fundo da qual percebe-se o colédoco". Ilustram os anatomistas de Belgrado o seu trabalho com figuras que bem esclarecem o assunto

(*) Os grifos são todos nossos.

e demonstram os lábios pancreáticos que convertem a goteira glandular em aparente canal. Reproduzimos abaixo as 6 figuras que ilustram aquele trabalho.

Após citarem as estatísticas de frequência deste canal que varia de 22,7% para Wyss a 95% para Büngner e Rugie e Opie apresentam a sua que é de 57%, com a seguinte citação: "Nós encontramos 57 vezes sobre 100 pâncreas dissecados, o pretenso canal glandular..." Mais adiante afirmam ainda aqueles A. A. "E' verdade, porém, que a goteira, que aloja o coledoco é quasi constante-

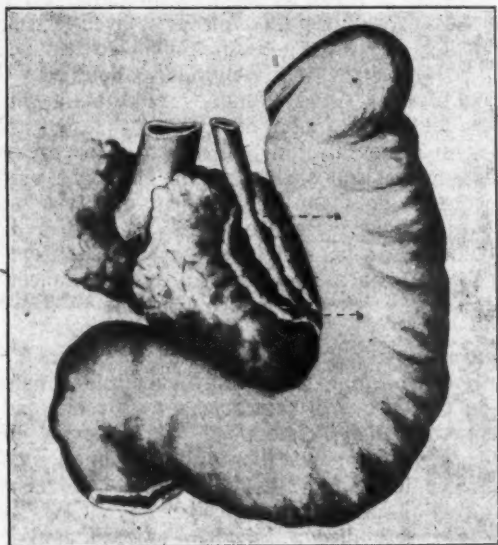


Fig. 1

mente fechada atrás pelos gânglios linfáticos. De sorte que, praticamente, se não levarmos em conta a natureza dos tecidos que fecham atrás a goteira pancreática, o número indicando a frequência do canal glandular corresponderia muito exatamente aos dados fornecidos pelos autores ingleses e alemães. A forma geralmente muito achatada dos gânglios duodeno-pancreáticos posteriores pode induzir, a princípio, facilmente a este erro de interpretação. Em certos casos, aliás, não é senão com o auxílio do microscópio que se pode descobrir a verdadeira natureza do tecido que transforma em canal a goteira pancreática".

Os A. A. iugoslavos após descreverem a considerável espessura dos lábios pancreáticos e o perigo de sectioná-los para

32)



Fig. 2

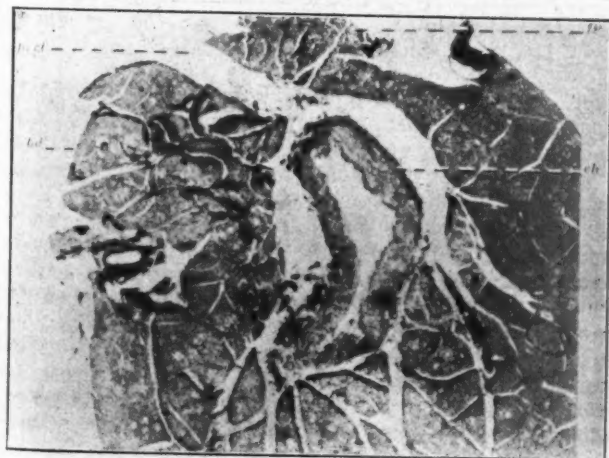


Fig. 3

atingir o colédoco, descrevem, de modo claro e inconfundível, a *técnica de dissecação* que adotavam para achar o plano de clivagem, após a considerável experiência em 100 pâncreas dissecados. Apresentamos outra vez as suas próprias expressões: "Praticamente, para achar o *plano de clivagem*, que leva diretamente ao segmento escondido do coledoco pancreático, *sem lesão do parênquima glandular*, deve-se proceder do modo seguinte: Uma vez efetuado o descolamento duodenal e que temos sob os olhos a face posterior da cabeça do pâncreas, é fácil, *tendo uma certa experiência*, cair sobre este plano de clivagem. E' suficiente para isto *retirar* a parte correspondente da lâmina de Treitz e os gânglios duodeno-pancreáticos posteriores. Em virtude de sua obliquidade, que segue a direção do colédoco retro-pancreático, o plano de clivagem, indicado sobre a face posterior da cabeça do pâncreas, *por uma delgada trave celular* é mais

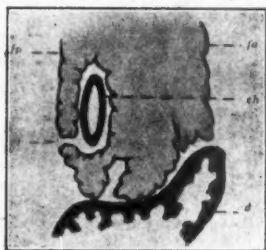


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

facilmente abordável ao nível do *orifício de entrada* do canal glandular do que na sua parte inferior, onde ele está escondido pela face interna da segunda porção do duodeno. Partindo do bordo superior do canal glandular, no ponto onde, o colédoco se afunda na espessura da glândula, consegue-se, por meio de sonda acanalada ou de 2 pinças, penetrar no plano de clivagem. Dissociando o tecido celular que o enche, descendo a partir de sua extremidade superior para o duodeno, chega-se a descobrir todo o segmento escondido no colédoco (fig. 1). Algumas vezes, somos obrigados a separar a golpes de bisturi algumas delgadas bridas transversais, formadas por um tecido conjuntivo mais resistente, que se opõem ao afastamento dos lábios afrontados do pretenso canal glandular. No fundo do canal glandular transformado assim em goteira, ve-se a face posterior do colédoco cruzada pela arcada pancreática-duodenal superior ou se este cruzamento se fizer mais alto, pelos ramos transversais desta arcada, destinados ao duodeno. Afastando fortemente a parte

inferior do lábio esquerdo, assim reconstituído, chega-se igualmente a ver sob os olhos o segmento terminal do canal de Wirsung, que se acola ao colédoco ou mergulha no seu bordo esquerdo”.

Mais adiante os A. A. embora não digam explicitamente dão a entender que nos 57 casos, em que encontraram a variedade intra-pancreática do colédoco, sempre puderam reconstituir a goiteira, isto é, sempre encontraram o plano de clivagem. Eis as suas próprias palavras: “No ponto de vista anatômico não existe portanto, um verdadeiro canal glandular em torno da porção distal do colédoco pancreático”.

O propósito dessa estafante transcrição traduzida é provar ao Prof. Dr. R. Finochietto 1.º) que o plano de clivagem que permite abordar o colédoco, sem lesão do pâncreas, é descoberta dos anatomistas de Belgrado.

2.º) que esse plano, *segundo Chlyvitch e Kozintzev*, se exterioriza na face posterior da cabeça do pâncreas por uma delgada trave celular, que dá a orientação do pretenso canal glandular.

3.º) que Chlyvitch e Kozintzev descreveram brilhante e minuciosamente a técnica de via de acesso ao segmento pancreático do colédoco e canal de Wirsung; merecendo, portanto, o nome de *técnica de Chlyvitch e Kozintzev*.

4.º) que os anatomistas de Belgrado mandavam “retirar a parte correspondente da lâmina de Treitz”.

5.º) que os gânglios duodeno-pancreáticos posteriores achados, simulam o tecido pancreático, e, em certos casos, não é senão com o auxílio do microscópio que se pôde descobrir a verdadeira natureza do tecido que transforma em canal a goiteira pancreática.

* * *

Passemos a analisar o artigo do prof. R. Finochietto onde ele *pretende* apresentar uma técnica pessoal, que nós não podemos achá-la nem no título do artigo — no qual não se entrevê tal intenção do autor — quanto mais no seu texto, que é a exposição velada do trabalho valioso de Chlyvitch e Kozintzev. O trabalho do Prof. Finochietto baseia-se no estudo de 100 cadáveres, examinados em condições cirúrgicas.

Transcrevamos as palavras textuais do Prof. R. Finochietto: “Embora em alguns livros de anatomia como o de Zuckerkandl; — especializados — como o de Belou; e em artigos de revistas — como os de Fuchs, Chlyvitch e Kozintzev — *admite-se* como de-

talhe e como muito comum que o trajeto pancreático do colédoco se faria a maioria das vezes, ao logo de simples goteira, o que muda por completo o aspecto cirúrgico de tão importante porção do colédoco”.

Em primeiro lugar, o Autor confunde num lugar comum ou por inadvertência (imperdoável para um Professor) ou propositamente, o artigo de Chlyvitch e Kozintzev que se restringe a estudar as relações do colédoco com o tecido pancreático e apresentar o plano de clivagem que descobriram, com um atlas e uma monografia de anatomia. Quer o atlas de Zuckerkandl quer a monografia de Belou (Anatomia de los conductos biliares y de la arteria cística — 1915 — B. Aires), quer o artigo de Felix Fuchs (Zur chirurgischen Anatomie des juxtaduodenalen Choledochusabschnittes. Archiv. f. Klinische Chirurgie — 139:124 - 134, 1926), chegam a conclusões inteiramente diversas das de Chlyvitch e Kozintzev, pois nenhum dos autores citados encontrou o plano de clivagem, como disposição anatômica normal, na variedade de colédoco dito intra-pancreático.

Porque, então, essa citação em comum confusa e inadequada, quando Chlyvitch e Kozintzev chegam a conclusões não só originais como diferentes daquelas de Zuckerkandl, Belou e Fuchs?

Em segundo lugar não expõe com a devida extensão a contribuição notável, fundamental, indiscutível dos autores iugoslavos, dando a impressão de que estes apenas *admitem* a existência comum de uma goteira pancreática onde se alojaria o colédoco. Esse conceito do Prof. portenho, não nos parece refletir exatamente a afirmação categórica dos anatomistas de Belgrado que assim se expressam: “Nós encontramos 57 vezes, sobre 100 pâncreas dissecados, o *pretensô* canal glandular...” sem citar os vários tópicos nos quais Chlyvitch e Kozintzev repetem incisivamente o mesmo achado anatômico — *a descoberta do plano de clivagem*.

Citemos outra passagem do artigo do Prof. R. Finochietto onde ele resume, sua estatística e a técnica de dissecação utilizada: — “De modo que nesta série de disseções, para o anatomista o colédoco decorre numa depressão da face posterior do pâncreas em 11 por cento e num canal em 89 por cento, ao passo que o cirurgião em 84 por cento destes 89 por cento poderá transformar o canal em simples sulco, e só pela ligadura e secção de alguns vasos pancreáticos, entre os quais, encontrará o colédoco, sem seccionar a menor porção da glândula. *Só em 5 por cento teria sido necessário cortar pâncreas, porém de espessura despresível*. As condições essenciais e ineludíveis para a correta descoberta da porção pancreática do colédoco são: completa mo-
(36)

bilização duodeno-pancreática, descoberta prévia do colédoco supra e retro-duodenal, ligadura dupla dos vasinhos pancreático-duodenais, previamente à sua secção. Uma vez estabelecido o trajeto, aparentemente oculto do colédoco pancreático, começa-se a pesquisa e separação das lâminas pancreáticas retrocoledocianas, ao nível onde os vasos pancreático-duodenais superiores cruzam o conduto; a secção daqueles descobre uma parte da face posterior do colédoco, seguindo o qual continua-se ligando arteríolas e vênulas dos ramos pancreático-duodenais e entreabrindo as lâminas. Na vizinhança do duodeno o celular da face posterior do conduto é mais espesso e vascular. O canal de Wirsung desemboca na metade esquerda da porção terminal do colédoco”.

Critiquemos o trecho que acabamos de transcrever.

Inicialmente afirma o Prof. R. Finochietto, que o anatomista, na série de dissecções por ele feitas, encontraria o colédoco alojado num canal em 89 % dos casos. No entanto, o autor esquece de citar os *anatomistas* Chlyvitch e Kozintzev que nos 57 casos de colédoco dito intra-pancreático encontraram o plano de clivagem que converte o canal em simples sulco. Esta omissão nos parece mais propósito do que esquecimento. Adicione-se a esta omissão, a ausência *inexplicável*, num artigo de tanta responsabilidade, de referências bibliográficas.

Mais adiante o professor chega a conclusão, que em 5 % dos seus casos teria sido necessário cortar tecido pancreático para atingir o colédoco, porque aquele forma um revestimento contínuo por trás deste. Neste particular a nossa experiência difere da do Prof. R. Finochietto, porque *em todos os casos* de variedade de colédoco dito intra-pancreático, *sempre* encontramos o plano de clivagem que conduz ao colédoco, sem que houvesse necessidade de lesar o pâncreas. Aliás essa conclusão está de perfeito acôrdo com a estatística de Chlyvitch e Kozintzev, como tivemos oportunidade de citar anteriormente. Talvez os 5 casos citados do Prof. R. Finochietto correspondam exatamente aos em que nós encontramos dificuldades de dissecção, porque o plano de clivagem não se refletia nitidamente na face posterior do pâncreas, pela delgada trave celular, já repetidamente citada. Sem nenhuma pretensão pessoal, é possível que utilizando nossa técnica de via de acesso, que o Prof. R. Finochietto *pretenda* seja sua, tivesse ele encontrado o plano de clivagem também nesses 5 casos.

Mais importante é, porém, confrontar o trecho em que o Prof. R. Finochietto descreve o *seu* método de dissecção do plano de clivagem, com a exposição que transcrevemos anteriormente, da técnica de Chlyvitch e Kozintzev. O leitor imparcial certificar-se-á que a descrição do professor portenho nada possui de

original em relação à dos autores de Belgrado, e no entretanto, perde em clareza e precisão anatômica para os anatomistas iugoslavos.

Em síntese, fica provado que o Prof. R. Finochietto sente-se plagiado numa nova técnica para via de acesso ao segmento pancreático do colédoco, *que não lhe pertence*, mas que é de autoria de Chlyvitch' e Kozintzev.

Para melhor provar o que afirmamos, aí vão algumas das figuras publicadas no artigo do Prof. R. Finochietto. Na figura número 10 está representanda uma pinça de Kocher que tem por finalidade levantar bridas transversais, cuja secção se tornará

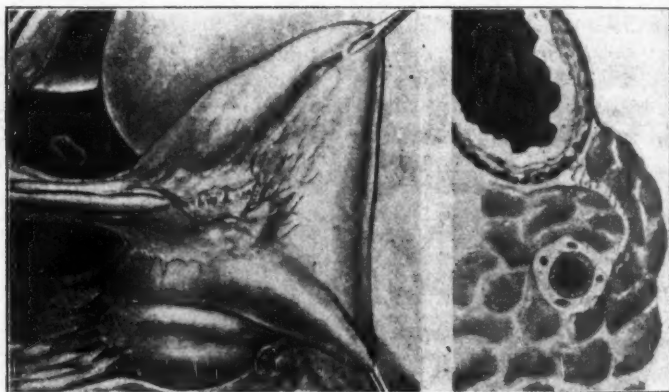


Fig. 7

por isso mais fácil. Pedimos ao leitor que observe estar o cabo da pinça voltado para o duodeno, em situação diametralmente oposta àquela em que colocamos os cabos da tesoura para a manobra de descolamento da lingueta pancreática retro-coledociana. Enquanto esta manobra, que continua sendo original tem por finalidade por em tensão a lingueta pancreática retro-coledociana e assim abrir o plano de clivagem, aquela disposição da pinça, como se vê na figura 10, é ocasional e não possui aquele propósito. Repetimos que esta manobra constitui o ca-

* Num artigo posterior (La Prensa Medica Argentina, ano XXXI, n.º 32, 9 de agosto, pág. 1491, 1944), A. J. Lasala e J. F. Uriburu, assistentes do Prof. R. Finochietto, a exemplo do seu mestre, não põem em justo relevo as pesquisas anatômicas de Chlyvitch' e Kozintzev bem como não expõem convenientemente a técnica de via de acesso ao coledoco descrita pelos mesmos.

Na introdução do artigo Lasala e Uriburu escrevem: "La tecnica publicada por M. Degni, tiene similitud de concepto, pero es evidentemente posterior". Confessam, portanto, que nossa tecnica tem semelhança com a pretensa tecnica do Prof. R. Finochietto, mas não afirmam que sejam iguais, corroborando assim um dos objetivos da nossa defesa.

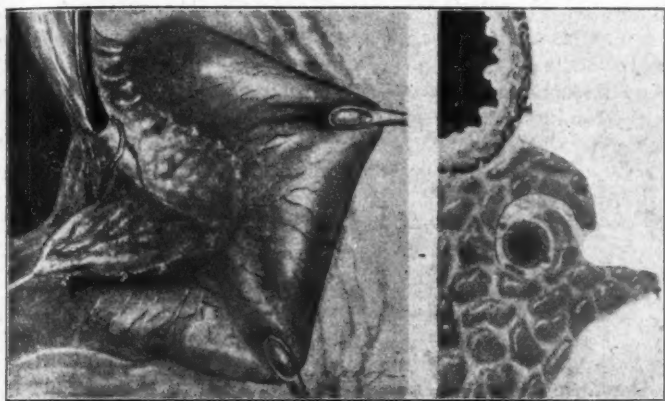


Fig. 8

racterístico fundamental de nossa técnica, que permite resolver cirurgicamente a totalidade dos casos, segundo nossa experiência.

O professor portenho *não quis*, portanto, aceitar as modificações originais que constituem a nossa técnica, como demonstraremos com minúcia a seguir.

Procuraremos agora expôr esquematicamente os motivos que nos induziram a idealizar à técnica original que publicamos. Ei-los:

1.º) Usamos para dissecação da peça anatômica, isolada do cadaver, a técnica de Chlyvitch e Kozintzev, que anteriormente transcrevemos.



Fig. 9

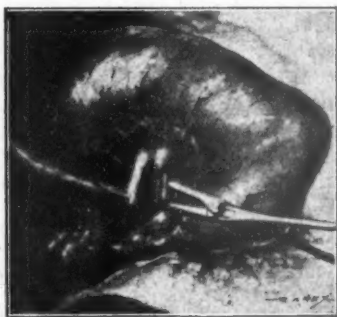


Fig. 10

2.º) Em certo número de peças (*) do total de 55 que dissemos, a lingueta pancreática envolvia completamente o colédoco, de modo que não se exteriorizava na face posterior da cabeça do pâncreas *pela delgada trave celular*, descrita por Chlyvitch e Kozintzev, a qual serve de orientação na dissecação. Abaixo reproduzimos os desenhos correspondentes às peças 11 e 12 da nossa coleção, que exemplificam claramente o que acabamos de expôr:

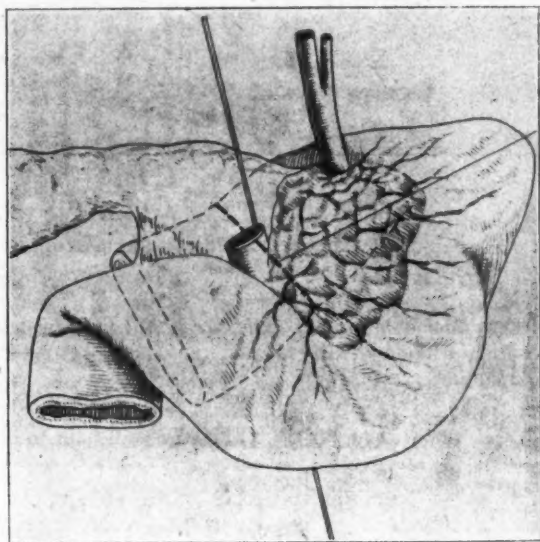


Fig. 11

3.º) Na variedade de peça acima descrita tornava-se laboriosa a pesquisa do plano de clivagem. Embora dissecando peças isoladas do cadáver, com toda a comodidade de trabalhar na posição mais conveniente, em alguns casos empregamos de 3 a 4 horas para encontrar o plano de clivagem. O mais importante é que, nesses casos, antes de entrar no plano de clivagem real, fizemos várias vezes falsos caminhos, com lesão da ou das linguetas pancreáticas.

4.º) A experiência adquirida *nessa variedade de disposição do tecido glandular retro-coledociano*, que aliás é a mais importante do ponto de vista cirúrgico, nos fez concluir que a

* Os números exatos serão conservados inéditos para publicação em nossa tese.

técnica de Chlyvitch e Kozintzev *era cirurgicamente inexequível, em tais casos*. A técnica desses autores foi má nesses casos, porque o tempo de dissecação foi muito longo, o que tornaria a operação, no vivo, muito traumatizante. Além disso, os falsos caminhos feitos *com lesão do tecido glandular* anulam aquela técnica, que foi descrita para abordar a variedade de colédoco dito intra-pancreático, *sem o tecido pancreático*,

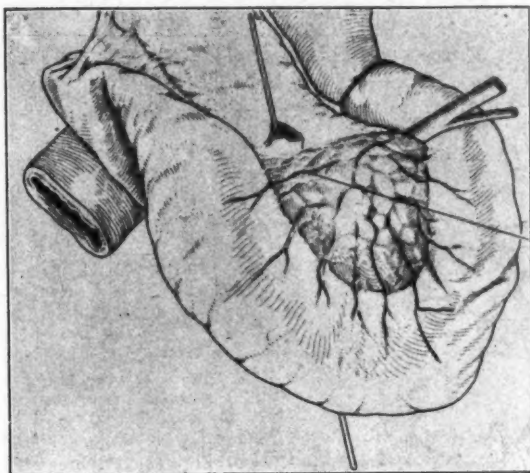


Fig. 12

5.º) Conclue-se que para os casos acima descritos, nos quais o interesse cirúrgico é maior, havia necessidade de criar uma outra técnica que oferecesse garantias na pesquisa do plano de clivagem. Foi, então, que experimentamos fazer o que denominamos “à manobra de divulsão da ou das linguetas pancreáticas retro-coledocianas”, que consiste em introduzir uma tesoura curta fechada tipo Mayo, isto é, de pontas iguais estreitas e arredondadas, entre a face posterior do colédoco e o tecido pancreático retrocoledociano, com a concavidade voltada para o operador. A seguir, abrindo-se os ramos da tesoura, põe-se em tensão as linguetas, de modo a tornar visível o plano de clivagem (fig. 15, da nossa técnica) que era difícil de pesquisar pela técnica descrita pelos anatomistas de Belgrado. Se houver alguma brida mais resistente, bastam alguns piques de tesoura e prosseguir a dissecação completa do plano de clivagem em direção ao duodeno, repetindo várias vezes a manobra de divulsão, por nós descrita, e que constitui um dos pontos característicos

de nossa técnica. Ao progredir a dissecação, vamos pinçando os pequenos vasos que sangram e quando encontramos a arcada pancreático-duodenal superior, podemos seccioná-la entre duas ligaduras, afim de libertar completamente a face posterior do colédoco. Aliás este particular já fôra bem descrito pelos anatomistas de Belgrado.

A técnica que descrevemos se propõe, portanto, resolver os casos acima citados, que, cirurgicamente, são os mais difíceis para a pesquisa do plano de clivagem. Por isso, compreende-se que ela deve ser generalizada aos demais casos, cujo plano de clivagem é de mais difícil dissecação. Reproduzimos abaixo as 4 figuras (figs. 13, 14, 15 e 16) que ilustram a nossa técnica já apresentada em nota prévia:

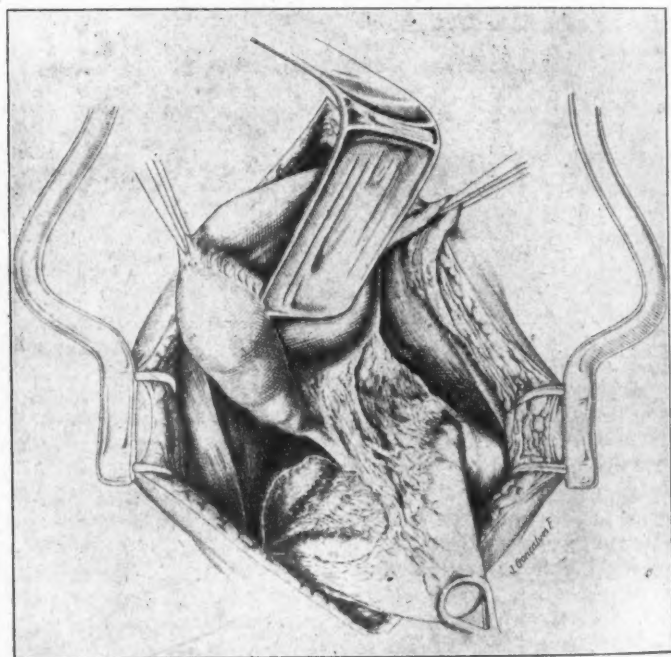


Fig. 13

6.º Outro problema de razoável importância, surgiu quando treinamos nossa técnica no cadáver, em condições cirúrgicas, isto é, com incisão para-mediana para-retal interna direita supra-umbelical (incisão de Lennander), e com a manobra de Vau-44)



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16

trin-Kocher-Wiart, de descolamento duodenal. Notamos que enquanto a resistente lâmina de Treitz não fôsse completamente incisada ou retirada como recomendam Chlyvitch e Kozintzev, havia grande dificuldade em libertar a lingueta pancreática, com exposição do colédoco. Resolvemos, então, sistematizar o modo de tratar a lâmina de Treitz; Preferimos poupar essa lâmina, incisando-a somente na direção mais conveniente, porque assim

poderíamos depois suturá-la aproveitando as suas propriedades de vestígio peritonal e sua notável resistência, para proteção do colédoco e das linguetas. Mesmo que não a suturássemos, os lábios da incisão aproximados se reuniriam por cicatrização, ao voltar o duodeno-pâncreas para a sua posição normal.

A direção da incisão preferida foi a que seguisse a direção *provável* do segmento pancreático do colédoco. Dizemos *provável* porque nem sempre é fácil determiná-la. Assim um dos pontos de reparo é o segmento supra ou o reto-duodenal do colédoco e o outro é a papila de Vater, que embora seja palpada mais facilmente após a manobra de Vautrin-Kocher-Wiart, nem sempre será encontrada.

A técnica de incisão que adotamos foi a representada na fig. 14, que ilustra a nossa técnica. Levantar com 2 pinças de dissecação — uma com o operador e outra com o 1.º auxiliar — uma prega na lâmina de Treitz e aí iniciar a incisão com um pique de tesoura. Prosseguir a secção da lâmina para cima e para baixo na direção *provável* do colédoco. Para o leitor-juiz ter uma idéia exata basta lembrar para comparação o que se faz na incisão da aponevrose do oblíquo externo, na operação de hérnia inguinal.

Preferimos esta técnica com tesoura ao bisturi, por ser mais segura no evitar a incisão do tecido pancreático subjacente.

Esta sistematização com as razões apresentadas e que nos pareceram importantes, não a encontramos descritas em outro lugar.

7.º) A nossa técnica foi empregada três vezes no vivo, com resultados satisfatórios.

Como acabou de ler o Prof. R. Finochietto a nossa técnica surgiu da experiência pessoal adquirida nas disseções das peças, pela técnica de Chlyvitch e Kozintzev, afim de obviar as dificuldades, que com essa técnica foram encontradas, na variedade de pâncreas que envolve o colédoco sem deixar vestígio evidente de delgada trave celular na face posterior da cabeça do pâncreas (figs. 11 e 12, já apresentadas).

Ao terminar, queremos deixar os nossos mais efusivos agradecimentos ao eminente professor argentino, pela oportunidade que ofertou de defender com exposição serena, o que nos pertence pela investigação científica e labor diuturno pessoal.

Endereço: Rua Peixoto Gomide, 208.

DAQUINOL
(EMPOLAS)

NA GRIPE E NA
PNEUMONIA

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL, EM 4 DE
MAIO DE 1944

Presidente: Dr. Gastão G. Rosenfeld

Alguns dados sobre a manutenção de colônias de *Nyssorhynchus* em laboratório — Drs. A. L. Airosa Galvão, Renato R. Corrêa e Silvio J. Grieco. — Os Autores relatam os detalhes técnicos que estão empregando na criação e manutenção em laboratório, de colônias de três espécies de *Nyssorhynchus*: *A. albitarsis* domésticus, *A. argyritarsis* e *A. tarsimaculatus*. A primeira tendo atingido a sétima geração, a segunda a 6.^a geração e a terceira a 5.^a.

A técnica empregada foi a de Boyd e col. para a criação de *A. quadrimaculatus* na qual foram introduzidas algumas modificações.

Observações sobre o poder anti-Helmíntico do Hexilrescorcinol — Drs. Valdemar Sacramento, Pascoal Gayotto e Wilson Broto. —

Os AA. empregaram o Hexilrescorcinol no tratamento de verminoses em 202 crianças entre 8 e 15 anos, representando 150 casos de infestação por *Ascaris lumbricoides*, 140 por *Trichocephalus trichiurus* e 54 por *Necator americanus*. Assinalaram a facilidade de administração do remédio, a sua atoxicidade e perfeita tolerância. Os resultados obtidos com um só tratamento, baseados na redução do número de ovos nas fezes foram os seguintes:

O Hexilrescorcinol mostrou-se um medicamento de alta eficácia contra os ascariis, dando uma redução de 93,4% no número de ovos e uma percentagem de cura de 86%. Nas infestações por tricocéfalos reduziu o número de ovos de 59,4% e curou 41,4% dos casos. Reduziu de 83,1% o nú-

DRAGEAS

GRANULADOS

PEPTALMINE

MAGNESIADA

CHOLAGOGO

PERTURBAÇÕES
HEPATO-BILIARES
COLITES

Fabricada no Brasil sob licença especial e sob o controle do
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA-Paris
União distribuidora para todo o Brasil
SOCIEDADE ENILA LTDA.

Rua Riachuelo 242 — Rio

INSUFFICIENCIA
HEPÁTICA
ENXAQUÉCAS

mero de ovos nas infestações por necator, curando 68,5% dos casos. Não foram obtidos bons resultados contra o *Enterobius vermicularis*, o *Strongyloides stercoralis* e a *Hymenolepis nana*.

Concluem os AA. que o Hexilresorcinol deve ser o medicamento de escolha para o tratamento da ascaridiose e da tricocefalose. Não se pronunciam sobre o seu emprego na necatorose apesar dos bons resultados conseguidos, em vista do número relativamente pequeno de casos por eles tratados em grande parte de baixa infestação.

Sobre o poder anti-helmintico do Hexilresorcinol na ancilostomose — Dr. Valdemar Sacramento. — O A. tratou 170 casos de ancilostomose pelo Hexilresorcinol e 52 pela mistura tetracloreto de carbono + óleo de quenopódio obtendo os seguintes resultados: com o Hexilresorcinol, 72% de redução no número de ovos e 34,1% de curas; com o tetracloreto de carbono + óleo de quenopódio, 72,7% de redução e 36,5% de curas.

Conclui por estes dados não haver vantagem em empregar o Hexilresorcinol em campanhas sanitárias devido ao seu alto custo, achando porém que tem indicação no tratamento de caoss clínicos isolados.

Comentários: Dr. Edmundo Navajas. — Desejava saber se foram observados efeitos tóxicos pelo uso do Hexilresorcinol e da Panvermina e caso os tenha observado quais foram as diferenças encontradas.

Dr. Waldemar Sacramento. — Não tivemos nenhum caso de intoxicação séria pelo Hexilresorcinol. Houve apenas poucos casos de cefaléias e um caso em que houve vômitos. Com a Panvermina, os efeitos observados foram semelhantes nestes particular.

Prof. Samuel Pessoa. — O presente trabalho vem confirmar o que tem sido observado em outros países, sobre a ação do hexilresorcinol como anti-helmintico. Estas experiências do dr. Sacramento, estavam-se tornando muito necessária entre nós, para que se pudesse lançar mão do hexilresorcinol "larga manu", nas campanhas contra as nossas helmintíases. Devido ao seu baixo teor tóxico, o hexilresorcinol, apesar de ter um fraco poder necatorcida, poderá ser usado, nas grandes campanhas de saneamento, uma vez que é quase isento de riscos. Penso mesmo que, para o futuro, o seu papel será de máxima importância na terapêutica de nossas parasitoses. Entretanto, devido ao seu alto preço, não poderá ser usado nestas campanhas. O seu alto preço, é devido a dois fatores: primeiro porque é preparado de difícil fabrico e em segundo lugar, porque a sua produção tem sido, até hoje, monopólio de uma firma norte-americana. Desta sessão, lanço um apelo ao nosso Governo para que procure facilitar a produção industrial desta droga em nosso país, que quebrando assim aquele monopólio que tanto vem dificultando o nosso saneamento rural e tornar assim possível e prático o uso daquela substância no nosso País.

SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 5 DE MAIO DE 1944

Presidente: Dr. Paulo Pinto Pupo

Internações por alcoolismo — Drs. Virgílio Camargo Pacheco e Mauricio Amaral. — O trabalho (50)

foi publicado na inaegra na Rev-Paul. Med. XXIV, 271-275, maio 1944.

SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 24 DE MAIO DE 1944

Presidente: Dr. Paulo Pinto Pupo

Estado atual do tratamento da paralisia infantil pelo método de Kenny, através de impressões de viagem de estudos aos Estados Unidos — Dra. Maria Elisa Bierrembach Curi. — O método Kenny para tratamento da paralisia infantil é baseado num conceito da moléstia, fundamentalmente diferente do conceito clássico. A doença no estágio agudo, ataca não somente as células das pontas anteriores, mas também as porções adjacentes da medula. Pode ser em caráter segmentar, envolvendo o sistema nervoso central, incluindo o sistema simpático em geral, de maneira que outros sintomas, além daqueles devidos ao envolvimento das células das pontas anteriores podem estar presentes.

Os sintomas assinalados por Kenny, são em número de 4: 1.) "espasmo muscular"; 2.) "Incoordenação"; 3.) "alienação"; 4.) paralisia verdadeira.

O termo "espasmo muscular", denota um grupo de sintomas, incluindo hiperirritabilidade do músculo à extensão e um estado mais ou menos tônico de contração das fibras musculares, associado geralmente à dor, e que não pode ser dominado, nem com o uso de uma grande força. O "espasmo muscular", é sintoma constante na doença.

O segundo sintoma importante, é a "incoordenação", que pode ser descrita da seguinte maneira: o impulso motor que devia ser transmitido a um certo grupo de músculos, devido à dor que causa esta tentativa de movimento ou pela incapacidade de músculo

para preencher a sua função, é transmitido a outro músculo ou grupo de músculos.

O terceiro sintoma importante, é a "alienação", que é descrita como sendo "a incapacidade de executar um movimento voluntário coerente com um músculo, sem que a transmissão nervosa para aquele músculo tenha sido lesada". Tratar-se-ia de uma interrupção fisiológica, que é preciso distinguir da interrupção, resultante da destruição de células da porção anterior da medula ocasionando pela moléstia.

Finalmente, um último sintoma, é a paralisia verdadeira, causada pela destruição das células da ponta anterior da medula, paralisia esta que é irremediável.

O tratamento, segundo o método Kenny, deve ser iniciado assim que o diagnóstico for feito, e consiste: 1.º) no alívio do espasmo; 2.º) na reeducação muscular.

O tratamento do espasmo, é feito por meio de compressas quentes, de lã. Assim que o espasmo for aliviada, passa-se à reeducação muscular.

A reeducação muscular, só poderá ser feita, por técnicos competentes, pois exige atenção cuidadosa e ótimo conhecimento da anatomia e mecânica musculares. Há uma série de exercícios padronizados para a reeducação muscular, que pode ser feita ativa ou passivamente.

Estatísticas levantadas em diversas partes dos Estados Unidos, mostram que o método Kenny, é um dos melhores métodos para o tratamento da paralisia infantil.

PHILERGON = FORTIFICA
DE F'ATO

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE MAIO DE 1944

Gastrectomia total. — Apresentação de um caso — Prof. Benedito Montenegro e drs. João de Lorenzo e Trieste Smanio. — Os AA. fazem a apresentação de um caso de gastrectomia total por câncer, operado pelo prof. Montenegro, operação esta que teve pleno êxito, pois que o paciente suportou perfeitamente, acomodou-se às novas condições de vida, não apresentando deficiências nutritivas acentuadas, podendo até trabalhar na lavoura, como colono que é.

Ao lado das considerações de ordem técnica, diante dos processos cirúrgicos mais usados, dos cuidados pré e post-operatórios, foi ressaltada a importância dos distúrbios metabólicos, principalmente o metabolismo do ferro, dos proteicos, hidro-carbonados e gorduras.

Comentários: Dr. Mário Degni. — Desejo apenas lembrar no sentido de contribuição, o caso operado pelo dr. Piragibe Nogueira já apresentado a esta Secção há cerca de uns 4 meses, mas ainda não publicado. Trata-se de um caso bastante interessante, bem documentado quanto à sua parte técnica.

A respeito da anastomose, desejo que o dr. De Lorenzo nos dê os detalhes técnicos mais importantes, pois acredito que esta fase é das mais importantes na gastrectomia total.

A questão da regurgitação é também um fenómeno que ocorre com frequência, e que merece estudo e atenção especiais principalmente aproveitando-se os presentes casos operados. Este estudo nos poderá orientar sobre o modo de agir quanto ao se fazer uma jejuno-jejunostomia ou não.

Dr. Piragibe Nogueira. — A indicação da gastrectomia está bem definida e tem as suas bases pre-

Presidente: Dr. Piragibe Nogueira

fixadas, sendo a sua principal indicação o câncer que invade as paredes do estômago e nelas se limita. As condições técnicas têm que ser vantajosas, sendo de muita importância a obtenção de uma ampla via de acesso. O cirurgião deve estar sempre preparado para esta eventualidade, pois, às vezes, a situação que a laparotomia revela nos obriga a uma intervenção deste gênero e portanto, deve-se estar preparado para realizá-la.

Há 2 pontos técnicos muito importantes; um é fixar a alça jejunal no peritôneo diafragmático e outro é anastomosar por sutura de pontos separados.

Quanto à nenhuma utilidade da jejunostomia, os AA. têm toda razão e concordamos inteiramente com eles.

Para terminar desejo lembrar o caso que o Prof. Alípio Corrêa Neto operou e que evoluiu bem, pois o operado faleceu vários meses mais tarde, de moléstia não relacionada com a intervenção.

Dr. Daher E. Cutait. — Tive oportunidade de assistir, nos Estados Unidos a várias gastrectomias totais, por via transdiafragmática. Nessas operações, o tempo torácico é feito por um cirurgião especializado e o abdominal, pelo cirurgião geral. Preliminarmente é feita uma pequena incisão abdominal, para verificação da extensão tumoral; se o tumor não apresentar metástases em outros órgãos da cavidade, inicia-se logo o tempo torácico — toracotomia, abertura do diafragma e liberação da extremidade distal do esôfago. Passa-se em seguida ao tempo abdominal, que se faz pela técnica habitual. A esôfago-jejunostomia, é feita com pontos separados. Quanto à jejuno-jejunostomia, é feita em todos os casos.

A gastrectomia total transdiafragmática, é indicada apenas nos

casos em que a porção justacálica do esômagô ou inicial do esôfago é atingida pela lesão tumoral em que a via addominal não oferece possibilidade de se excisar a lesão. Os resultados da gastrectomia transdiafragmática, não têm sido muito bons, pois trata-se de uma cirurgia muito ampla e nem todos os pacientes estão aptos a suportá-la. A mortalidade tem sido maior de 50%, apesar de realizada sob ótimas condições técnicas e por cirurgiões muito hábeis e especializados.

Em relação à gastrectomia total pela via abdominal própria, a seguinte é dada, os resultados são muito melhores. Coller, Ransom e Farrio, revelam, no Year Book of General Surgery de 1943, os resultados dos 19 últimos casos, por eles operados, com 2 mortes apenas tendo 1 dos pacientes 79 anos. Os resultados são, portanto, ótimos. No seu "follow-up", há 1 caso de 6 anos de sobrevida.

Dr. João de Lorenzo. — Agradeço aos colegas os comentários que fizeram em torno do meu trabalho.

Quanto à referência do dr. Degni, devo dizer que não as citei, porque não me quis estender na questão do histórico das gastrectomias totais. No Brasil, já contamos com muitos casos desde que foi realizado o primeiro por Arnaldo Vieira de Carvalho.

Quanto à questão da anastomose, eu também não quis entrar em pormenores, por se tratar apenas de uma apresentação de casos. Sou de opinião, de acordo com o que todos os AA. recomendam, que a alça jejunal, deve ser fixada ao peritônio diafragmático e isso se faz tanto na parte anterior como na parte posterior. O doente, depois da operação fica em Trendelenburg para que o peso do colo não force a sutura.

Estou de acordo com o que disse o dr. Piragibe Nogueira, na questão de se fazer a anastomose com pontos separados. No caso atual e no meu caso fizemos a sutura corrida, mas somos de opi-

nião de que os pontos separados são mais vantajosos, no sentido de não estreitar a boca anastomótica, permitir uma maior vascularização da mesma e oferecer maior garantia.

Em relação à jejuno-jejunostomia, é um tempo que segundo pensamos, não traz vantagem e talvez seja até prejudicial. No entanto, muitos AA. o recomendam.

Ao terminar, desejo chamar a atenção para a importância do pós-operatório nestas operações. Um bom pós-operatório, tem a vantagem de melhorar muito a estatística.

Cancer do esôfago. — Extirpação total. — Prof. Edmundo Vasconcelos. — Não foi enviado o resumo do trabalho.

Comentários: Dr. João Lorenzo. — Tive a oportunidade de ver um doente operado pelo prof. Cames, em Rosário. Havia executado a operação de Thorek por câncer esofágiano, fazendo uma gastrotomia tubular de Beck-Jianu e uma esofagotomia cervical.

O esôfago cutâneo foi feito pelo prof. Zeno que chamou a atenção sobre a execução de uma fistula temporária sobre o tubo gástrico, a 5 centímetros abaixo da boca cutânea, fistula que permaneceu durante todo o tempo, que exigiu a fabricação definitiva do néo-esôfago e pela qual pôde alimentar-se o doente. É este professor contrário à colocação de uma sonda nasogástrica, porque esta pode dar origem a complicações somáticas e psíquicas.

Dr. Piragibe Nogueira. — O presente caso é bastante interessante e vem demonstrar que as intervenções devem ser bem estudadas previamente para serem bem sucedidas. Os modernos cuidados pre e pós-operatórios e os meios para corrigir as perturbações de operação em tórax aberto permitem realizar a cirurgia do esôfago torácico com resultados compensadores. Garlock, do Mount Sinai Hospital, de Nova York,

atualmente, possui uma das melhores estatísticas da cirurgia do câncer do esôfago torácico. Com o fim de se evitar o 2.º tempo da técnica de Torek, isto é, a realização de um esôfago pré-torácico tenta-se já a reconstrução do trânsito intratorácico por anastomose do esôfago no estômago deslocado para a cavidade pleural esquerda nas neoplasias dos dois terços distais do esôfago. De fato, mesmo na mão dos mais hábeis cirurgiões o esôfago pré-torácico cutâneo não tem correspondido ao que se espera dele. Por outro lado, a tolerância ao uso constante de aparelhos é precária, tanto na abertura esofagiana como na gástrica e penosa para os doentes, provocando geralmente úlceras de decúbito e fistulas, e assim o problema continua sem solução. Se o paciente tem um estômago curto, é verdade que é impossível a anastomose esôfago-gástrica intratorácica mas casos contrário ela é viável e já foi conseguida. Pode-se também num 1.º tempo fazer-se um tubo gástrico, à custa da grande curvatura, pediculado na região cardíaca e alojá-lo no tórax, para num 2.º tempo, depois da exérese do tumor, fazer-se a esôfago-gastrostomia, resolvendo-se assim o problema; é a orientação de Kay e Ann Arbor ainda em fase experimental. Certamente o Prof. Vasconcelos tentará esta operação e se o fizer atravessará com galhardia os obstáculos que se apresentarem com a sua esplendida habilidade técnica.

Cirurgia das vias biliares — Dr. David Rosemberg. — O A. procurou dar a orientação seguida no serviço do dr. Piragibe Nogueira, nos casos de colecistite aguda, colecistite crônica calculosa, colestrose e calculose do colédoco.

Mostrou para cada uma destas afecções qual a melhor conduta a seguir, e procurou estabelecer a melhor oportunidade para a inter-

venção cirúrgica, indicando qual a operação a ser feita em cada caso.

Ressaltou a importância do pré-operatório, cuja duração e intensidade defende, além do estado geral do paciente e da afecção que apresenta, das provas funcionais do fígado. Analisou a prova do ácido hipúrico, a prova da gactose, a avaliação da protrombinemia, a dosagem da bilirrubinemia, a prova de van der Bergh que são as mais usadas no serviço. Faz referências às provas da bromosulfaleína, à urobilinúria, à dosagem do colesterol e seus esteres e à reação de Takata-Ara-Jegler.

Assinalou quais as medidas a serem tomadas para a melhora deste estado funcional.

A anestesia usada no serviço, foi sobretudo a loco-regional e a raquepercaína Jones, cuja técnica já foi apresentada em trabalho anterior.

Comentários: Dr. Mário Degni. — Desejo felicitar o serviço do prof. Piragibe Nogueira que se impõe pelos resultados apresentados, que se igualam ou mesmo superam a dos melhores serviços nacionais e estrangeiros. Devemos também felicitar o dr. David Rosemberg, que foi muito claro em sua exposição, fazendo uma síntese brilhante, de natural, que, em um tempo tão pequeno, determinados assuntos de real importância, não possam ser tratados de maneira mais dilatada como merecem.

Quanto à questão da obstrução total do colédoco, desejo saber qual o conceito da Clínica do dr. Piragibe Nogueira. Segue ela a mesma escola de Varela Fuentes?

Outro ponto que foi muito bem frisado, é o das provas funcionais, embora não tenham sido dadas as estatísticas do serviço em relação às mesmas. Qual o valor estatístico que a clínica do dr. Piragibe considera nas diversas provas funcionais? Quais as provas que mereceram a sua preferência?

Na questão da bilirubina direta e indireta, o A. parece não seguir a escola de Varela Fuentes, porém aceita as suas idéias, quanto ao conceito de insuficiência hepática. A prova foi discutida como tendo valor de prova de função hepática, mas a minha opinião é de que até hoje não se elucidou corretamente esta questão. As duas provas, parece que têm o mesmo valor, segundo Lopes Garcia.

Quanto à questão estatística, desejo saber, qual o conceito para o diagnóstico de pancreatite crônica.

Quanto à nova via de acesso de nossa autoria, que já apresentamos a esta Secção, já tenho alguns casos e também o prof. Eurico Silva Bastos, em que o cólecoco foi explorado em vivo com muito bons resultados.

Dr. J. Morais Leme. — Entre os casos de colecistografia, o dr. Piragibe não tem encontrado causas de erro? Já tive dois casos em que houve falha neste processo diagnóstico, motivada pela bile "leite de cálcio", que deu colecistograma aparentemente positiva.

Em segundo lugar, desejo saber se a colecistectomia tem sido considerada no seu serviço como a operação ideal para a cura da colecistite aguda, e qual a sua experiência sobre a colecistostomia.

Na parte técnica, qual a sua experiência sobre a colecistectomia sub-serosa, que é muito mais elegante, sangra menos, e, dando peritonização perfeita, evita aderências.

Finalmente, desejo saber se o descolamento duodenal de Kocher não tem dado casos de celulete retroperitoneal.

Dr. Piragibe Nogueira. — Continuando a orientação que segui-

mos desde que tomamos a presidência, apresentamos hoje o que se faz em nosso Serviço diante da colecistite, da mesma maneira como já relatamos a nossa orientação nas úlceras gastro-duodenais e no câncer do estômago. Esse estudo estatístico mostra claramente a nossa orientação. Seria interessante que todos os Serviços trouxessem aqui a sua orientação e os seus resultados para que pudessemos, apreciando orientações diferentes, avaliar o justo valor dos nossos processos.

Dr. David Rosenberg. — Não quero iniciar com o dr. Mário Degni uma polêmica em torno dos trabalhos de Varela Fuentes e sua escola. Assim foi que afirmei, de início, que não trataria dos casos de câncer do pâncreas, que são os casos que determinam obstrução total, segundo Varela Fuentes. A verificação da acolia pela ausência de bile no duodeno verificada pela intubação duodenal, é o conceito de Varela Fuentes e que nós admitimos. Devemos também afirmar que a bilirrubina indireta tem importância sobretudo para o diagnóstico diferencial entre icterícia obstrutiva e hepatose; como prova funcional o seu valor é pôsto em dúvida pelos trabalhos de Lopez Garcia. As provas funcionais de nossa preferência foram assinaladas na exposição que fizemos.

Ao dr. Morais Leme, devemos informar que as colecistectomias feitas no nosso serviço, têm sido sempre retrógradas, a não ser em casos especiais. Nunca fizemos um caso de subserosa. Quanto à colecistite aguda, a indicação da colecistectomia, depende da maior experiência do cirurgião. Em geral, sempre que possível, fazemos a colecistostomia; a necessidade de se fazer uma colecistostomia, tem sido em casos muito reduzidos.

HEXAMYNO - IODO EM GOTAS

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, EM 26 DE
MAIO DE 1944

Presidente: Dr. J. Fonseca Bicudo Júnior

Aberta a sessão, procedeu-se à eleição para preenchimento do cargo de 1.º secretário, vago com o falecimento do sr. dr. Naleo P. G. Cristiano. Por maioria, foi eleito o sr. dr. Benedito Mendes de Castro, tendo obtido um voto o sr. dr. Aurélio Ancona Lopez.

O sr. Presidente deu posse ao novo secretário.

Pediu a palavra o sr. dr. José Aranha Campos, que pediu constasse em ata, uma pequena ressalva, a propósito da resposta aos comentários feitos em torno do seu trabalho "Hemoculturas nos surtos febris do pênfigo foliáceo", publicado no último número da Revista Paulista de Medicina, volume de março de 1944. Assim é, que com referência às respostas aos comentários feitos pelo sr. dr. João Paulo Vieira em torno daquele trabalho, são atribuídos os desastres ocorridos no Hospital do Pênfigo, ao emprego experimental das sulfanilamidas pelos srs. dre. José Ricardo Alves Guimarães e B. Mário Mourão. A este ponto, esclarece o sr. dr. Aranha Campos, que aqueles ilustres colegas não trabalham no Hospital do Pênfigo, mas sim na sede do Serviço do Pênfigo. Lá eles empregaram as sulfanilamidas com sucesso, segundo sua informação pessoal. Os desastres com esse medicamento, mencionados pelo sr. dr. João Paulo Vieira, e que motivaram a suspensão do uso daquela droga no Hospital do Pênfigo, não poderiam ser portanto em consequência do seu emprego pelos referidos médicos, pois, como foi referido, no ambulatório, só obtiveram êxitos, sendo eles, adeptos da terapêutica sulfanilamídica no pênfigo.

Valendo-se ainda da oportunidade, o sr. dr. Aranha Campos prestou uma homenagem ao sr. dr. B. Mário Mourão, que ora dei-

xa o Serviço do Pênfigo, para se dedicar à clínica privada em sua terra nata! — Minas Gerais, pelos inúmeros trabalhos de grande mérito apresentados à esta Secção, onde também já teve oportunidade de funcionar como secretário em uma das diretorias passadas. Manifestou o pesar do pessoal do Serviço do Pênfigo, pela saída do sr. dr. B. Mário Mourão daquele serviço.

Pediu a palavra a seguir, o sr. dr. B. Mário Mourão, que exaltou o elevado espírito de coleguismo do sr. dr. Aranha Campos, fazendo aquela ressalva e respeito do tratamento do pênfigo pelas sulfanilamidas. Com referência às palavras ditas em virtude da sua saída do Serviço de Pênfigo, atribue-as ao espírito de amizade, forjada por longos anos de íntimo convívio. Pretende mudar-se para Poços de Caldas, com o fim de dedicar-se à clínica privada, e onde estará ao inteiro dispor dos distintos amigos e colegas desta Secção.

Considerações sobre as dermatoses produzidas por ultravírus — Prof. Mário Artom. — No início da sua conferência o orador expõe o estudo atual dos estudos sobre os vírus filtráveis demonstrando a importância teórica e prática das pesquisas feitas sobre a natureza dos ultravírus.

Discute em seguida o primeiro dos grandes problemas que domina hoje neste capítulo: são na verdade os ultravírus seres viventes? Visando dar um exemplo da legitimidade da referida dúvida e das consequentes incertezas sobre a natureza de tais elementos lembra as recentes pesquisas, feitas especialmente sobre o vírus da folha do fumo (dito mosaico) que conduziram a conclusão da identificação do ultravírus com uma pro-

teína e ao conceito da virus-proteína.

Trata sucessivamente dos caracteres gerais por meio dos quais é possível chegar a identificação do ultravírus. Para o orador ditos caracteres são os seguintes: os ultravírus são: 1) patogênicos e nunca saprofitas, 2) múltiplos, 3) específicos, 4) invisíveis, 5) ultrafiltráveis e 6) parasitos obrigatórios. A afinidade eletiva dos ultravírus para determinados sistemas teciduais constitui uma das características que torna em modo particular interessante para o dermatologista o estudo dos mesmos. Como exemplo da afinidade de um ultravírus para os complexos celulares derivados da ectoderme refere o caso do vírus herpético e como exemplo da afinidade para o sistema tecidual derivado da mesoderme trata do vírus da doença de Nicolas Favre.

Trata depois de forma esquemática e de modo geral do grupo das dermatoses produzidas por ultravírus. Formuladas as limitações e as exceções determinadas pelos recentes estudos, toma em consideração como principais formas por ultravírus as que interessam a dermatovenereologia: 1) o herpes simples, 2) o herpes zoster, 3) a linfogranulomatose inguinal ou doença de Nicolas-Favre, 4) a verruga vulgar, 5) o molusco contagioso, 6) o nódulo dos ordenhadores e 7) a estomatite por febre aftosa. Para cada um das referidas dermatoses refere quais os principais caracteres clínicos e epidemiológicos e especialmente quais são as bases sobre o que se funda a afirmação de que se trata de doenças produzidas por vírus.

Conclue demonstrando a importância que os estudos ulteriores sobre os ultravírus poderão ter no futuro para a dermatologia, especialmente no sentido de esclarecer a etiologia ainda obscura de muitas formas mórbidas tegumentares.

Conceito clínico do pénfigo foliáceo — Dr. Ulisses Lemos Torres. — O trabalho se acha publi-

cado, na íntegra na Rev. Paulista de Medicina, págs 293-298.

Comentários: Dr. José Aranha Campos. — Desejo felicitar calorosamente o dr. Ulisses Lemos Torres, pelo seu interessantíssimo trabalho que vem dilatar mais ainda os horizontes das pesquisas sobre o pénfigo foliáceo. Peço licença para tecer alguns comentários.

Com referencia às classificações clínicas do pénfigo, catalogadas entre nós, a mais interessante, é a meu ver, a de Olinto Orsini de Castro, feita em 1927, em Belo Horizonte. Ele divide o nosso pénfigo em duas modalidades: "pénfigo benigno ou frusto" e "pénfigo maligno ou grave". Cabe pois a este A. a prioridade na identificação das formas frustas do pénfigo, o qual em sua magnífica tese de 1927, chamou a atenção sobre estas formas e descreveu com toda a precisão, as localizações típicas do torax anterior e posterior e as do rosto em vespertílio. Somente 10 anos mais tarde (1937), João Paulo Vieira, reuniu em uma interessante classificação, porém em compartimentos estanques, as diversas formas clínicas em que são encontrados os doentes. Algumas dessas formas todavia, já haviam sido descritas anteriormente, como por exemplo, a "forma frusta" de Orsini de Castro e a "hiperpigmentada" do saudoso prof. Aleixo.

Em meu livro *Pénfigo Foliáceo*, procurei modificar a classificação estática de Vieira, dando-lhe forma dinâmica, não só com o processo de setas indicadoras, como o fez agora o dr. Ulisses, das passagens de uma fase para outra, como também mostrando em um gráfico, o ciclo evolutivo da moléstia, com as localizações das respectivas lesões do pénfigo, nas diversas fases de evolução.

Sabendo há mais de um ano, pelo próprio Ulisses a sua orientação clínica, encarando o doente de pénfigo como um organismo alérgico, pude bem observar por este prisma a centena de doentes

hospitalizados no Hospital do Pênfigo. Peço venia para confirmar plenamente o esquema do dr. Ulisses Lemos Torres, que se aplica perfeitamente aos penfigosos das diversas fases de sua doença. Assim, teríamos as fases hiperérgicas, hipoérgicas e anérgicas, quando a doença se manifesta pelos surtos bolhosos, fase foliácea secundária e período final respectivamente, voltando à forma normoérgica nos casos de cura.

Lembra-me esta classificação um trabalho de Umberto Pascale e Décio Queiroz Teles (no prelo), em que estes AA. encaram a reação da tuberculina na tuberculose por este prisma.

Com referência à sulfanilamida, afirmo ter ela evidente reação sobre os surtos febris, que são provocados pela estreptococcemia, e sobre os subsequentes surtos bolhosos, como já publiquei. A proibição de seu emprego no Hospital do Pênfigo, não pode autorizar a ninguém emitir opinião abalada sobre este assunto, por falta da necessária documentação clínica que justifique a proibição.

O Serviço do Pênfigo, também de parabens, pela colaboração desinteressada do dr. Ulisses Lemos Torres, que vem orientando clinicamente o Hospital do Pênfigo, a cujo plano de trabalho experimental, endereço os mais sinceros votos de êxito.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE MAIO DE 1944

Presidente: Dr. Vicente Lara

Aspectos obstétricos da assistência hospitalar. — Prof. Alvaro Guimarães Filho. — Inicia a sua palestra agradecendo ao Snr. Presidente a honra do convite recebido e desculpando-se de não tê-la realizado na sessão de Março, pois motivos imperiosos o obrigarem a última hora a se ausentar de São Paulo e, em seguida justifica a aceitação do convite para discorrer sobre "os aspectos obstétricos da assistência hospitalar" por ser assunto que de ha muito o tem preocupado não apenas sob o aspecto doutrinário, mas ainda na sua realização prática. Em vista da complexidade e vastidão do assunto preferia dar seu testemunho pessoal e concatenar sua experiência de 5 anos nos diversos institutos em que tem colaborado, organizado ou dirigido, pois pensa ser muito mais interessante a análise de dados nossos, colhidos no nosso meio e com as nossas dificuldades, que esquematizar a experiência alheia conquanto grandiosa e digna de grande admiração e dos maiores louvores, mas sempre exótica.

Inicia suas considerações gerais mostrando dados estatísticos esta-

duais e municipais referentes as condições de natalidade em nosso meio e que mostra o lamentável declínio em que se encontra natalidade, exigindo medidas severas para melhoria dos fatores determinantes, enquanto é tempo, e os efeitos maléficos da denatalidade não se tornarem irremovíveis, maxime em se tratando de um país onde o despovoamento é um de seus grandes problemas.

Estuda a nupcialidade, a mortalidade materna e natimortalidade, criticando seus numeros e mostrando como o problema obstétrico está intimamente ligado ao da assistência à infância e, finalmente, analisa a mortalidade infantil no seu período neo-natal.

Tratando da assistência à maternidade divide essa assistência em médica e social, unicamente para fins de exposição, pois na prática o problema é indiviso, havendo nos casos particulares apenas a predominância de um ou de outro. Estudando a assistência médica mostra, que com o evoluer da gravidez, inumeras são as modalidades com que se apresenta, podendo ser assim esquematizadas:

1) Serviço pré-concepcional, onde o problema da esterilidade e as ginecopatias tem o privilégio das preocupações;

2) Serviço pré-natal, que deve ser distinto em geral e especializado; o primeiro abrangendo de forma a mais vasta o maior número de gestante para que a ação profilática e higiênica se faça sentir com os melhores resultados e com ótima oportunidade; o segundo deve compreender num número elevado de clínicas especializadas que contribuem com o seu quinhão para elucidar as complicações de origem extra obstétricas e que com o intercambio e manipulação do material humano diferenciado se desdora, estudando as interferências da gravidez sobre os demais órgãos e suas doenças, e secundariamente analisa o evoluer da doença na gravidez;

3) Serviço do período natal compreendendo o parto fisiológico e o distóxico ou operatório, estes naturalmente subdivididos em serviço domiciliar e serviço hospitalar, cuja importância assinala, não apenas pelo que de importante tem a caracterização dos dois tipos de assistência, mas, principalmente, dadas as condições precárias de assistência em nosso meio, exige dos que prognosticam o parto cuidado bem maior para não ter que arcar com os dissabores da falência assistencial; e finalmente,

4) A assistência post-natal diversa segundo se trata de puerpera ou de lactente, mas cujos problemas recíprocos são interdependentes.

Quanto à assistência social, conquanto os fatores que interferem sejam múltiplos e muitas vezes escapam por completo a ação dos responsáveis para legislação profilática, pode ser esquematizada nas seguintes normas:

- 1) Impedir que a adolescente, solteira ou casada, se torne mãe;
- 2) Toda jovem deve ser educada para a função da maternidade;
- 3) Dar às regularmente casadas condições que favoreçam o bem estar social; e

4) Assistir imediatamente a mãe sob o ponto de vista médico, criando-lhe oportunidade para ser assistida, atendendo o melhor possível as suas conveniências e estabelecendo uma padronização assistencial elevada, que permita ao lado da assistência social a que a gestante tem direito, um resultado médico satisfatório, já que a Nação na sua própria estrutura e grandeza, é a mais interessada.

Essas diversas modalidades assistenciais são exercidas em numerosas e variadas unidades, cujas principais são as seguintes:

1) A Clínica Obstétrica, compreendendo o serviço externo, também chamado pré-natural, o serviço interno e os mais variados recursos clínicos e técnicos para o diagnóstico e o tratamento; este hospital teoricamente deve se preocupar com os casos clínicos complexos, estabelecerá normas assistenciais e servirá para o aprendizado de todo o pessoal técnico;

2) As maternidades são grandes hospitais assistenciais que deverão atender ao grande número de gestantes e parturientes e seu número e localização estarão condicionadas ao fator demográfico;

3) A assistência domiciliar quando bem orientada, deverá funcionar em íntima colaboração com os serviços hospitalares, mas em nosso meio é exercida por legião de estranhas figuras que se denominam "curiosas", mas que tem, uma ou outra vez, a honra de serem cuidadas e até motivo de desvelosa preocupação do poder público;

4) Serviços complementares que cuidam das fases pré-concepcional ou post-natal, também chamados consultórios de Ginecologia e que farão o tratamento das ginecopatias, que impedem ou dificultam a gravidez, ou ginecopatias adquiridas pelos acidentes obstétricos;

5) Amparo maternal, cantina, etc., organizações de tipo médico-social que visam amparar a mãe pobre, abandonada, desvalida ou

solteira, que por seu alto índice de morbidade e mortalidade materna e fetal deve ser protegida nesse período, e por constituir o fator social, outra parte integrante do problema que não pôde ser dissociada;

6) Maternidades especializadas que assim o são por força de sua distribuição geográfica ou de seu objetivo principal como sejam:

a) Serviço de maternidade na zona rural, que só poderá ser feito pelo serviço domiciliar;

b) Maternidade nas pequenas povoações, ou centros de grandes regiões de pouca densidade de população;

c) Maternidades regionais que terão o papel de completar em qualidade e recursos as maternidades das pequenas povoações e que serão distribuídas nos entroncamentos ferroviários e zonas de maiores possibilidades econômicas e culturais; e

d) Maternidade para gestantes tuberculosas, com o tratamento especializado conjugado para a tuberculose e para a gravidez, e finalmente, as maternidades para as gestantes cardíacas, renais, sífilis, moléstias infecto-contagiosas, etc.

Estuda, finalmente, em suas linhas gerais a lei da proteção à família numerosa em vigor, e mostra alguns aspectos do problema do auxílio econômico à família bem constituída, porquanto sem esse auxílio não será possível obter os resultados demográficos que a Nação necessita, mas por outro lado trará tais encargos e dificuldades na hora presente que exigirá estudo minudente para não ser transformado em verdadeiro caos econômico e social.

Passa a analisar em seguida a assistência à maternidade em nosso meio, mostrando as estatísticas de leitos existentes no Estado e na Capital, não só de um modo geral, mas, principalmente, de caráter especializado. Pelos números oficiais analisados verifica-se quão deficiente é atualmente a nossa as-

sistência obstétrica na Capital, para ser praticamente nula no Interior do Estado, onde raras são as maternidades, que ainda funcionam com todas as dificuldades imaginárias, ou má é assistência, que se realiza nos hospitais gerais, mostrando esse aspecto do problema um dos fatores determinantes do alto índice de letalidade no nosso meio.

Passa a analisar com números próprios o custo relativo de um leito de maternidade em comparação com um de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria ou Cirurgia Especializada, evidenciando a semelhança que existe entre a assistência à maternidade e à criança, onde predomina o custo do pessoal técnico que exige permanência de 24 horas no serviço e que constitui a sua maior dificuldade, já pelo custo de manutenção, já pela escassez de pessoal especializado. Além disso, estuda comparativamente o custo relativo da alimentação dos doentes, do tratamento cirúrgico, dos exames de laboratório, despesas de farmácia, exames radiológicos, maternal de enfermagem, escritório e limpeza, gastos com rouparia e lavanderia e, finalmente, com a administração, mostrando com números próprios a importância e o vulto de cada um desses aspectos no problema da assistência à maternidade e à infância.

Terminada a análise do problema da assistência hospitalar nos seus principais aspectos, quer de organização hospitalar, quer de manutenção dos serviços clínicos, passa a estudar as dificuldades técnicas que existem, quando se pretende dar assistência médico-social à maternidade em nosso meio, e depois de dizer que o mais fácil do problema é construir hospitais, pois com uma relativa orientação técnica, e com recursos econômicos, é perfeitamente factível se erigir grandes e monumentais edifícios, distribuídos com maior ou menor habilidade, não só na Capital, como no Interior, para que sirvam de instituições assistenciais.

O problema da assistência à maternidade em nosso meio esbarra, entretanto, com duas questões primordiais: o pessoal e o serviço social.

Quanto ao problema de pessoal técnico, lembra que três são os seus aspectos que merecem ser meditados: o recrutamento, a educação profissional e o exercício profissional. O recrutamento da enfermeira especializada já é difícil em toda a parte, principalmente em nosso meio, onde há grande balbúrdia a respeito e deve ser realizado segundo uma orientação vocacional certa e a instrução básica, sólida, sem o que nada se conseguiria principalmente, atendendo-se aos dois outros fatores que a enfermeira especializada deve vencer, representados pela incompreensão de sua função no meio social e dos poderes públicos, além de sólida educação moral que deve possuir para poder se orientar condignamente na profissão tão cheia de percalços. A educação profissional compreende a instrução profissional adequada e verdadeiramente especializada, dentro das regras da pedagogia moderna, a orientação que mostrará os diversos aspectos que a arte pode favorecer a profissional, dentro do campo de sua ação; e orientação ética que guiará nas imensas oportunidades que a prática da profissão exigir. Quanto a educação profissional em relação a assistência à maternidade analisa, pormenorizadamente, as diversas profissionais que podem influir no problema e lembra a sua experiência na educação em cursos de enfermagem obstétrica para parteiras, cursos de enfermeiras especializadas em Obstetria, curso de Obstetria para enfermeiras gerais, constituindo parte do aprendizado fundamental da enfermagem geral, os cursos de higiene pré-natal para educadoras sanitárias e, finalmente, os cursos de Obstetria para as visitadoras sociais — que são os elementos humanos indispensáveis para a solução do problema da maternidade em nosso meio, dando para cada tipo profis-

sional a orientação que deve ser seguida na sua educação especializada. Quanto ao exercício profissional, lembra os principais deveres para com a gestante, parturiente e puerpera, para com a família e para com o médico, dizendo o que deve considerar como profissão liberal e mostrando que a enfermeira obstétrica não o é, apesar da legislação em vigor, como tal considera-la.

Estudando a parte que compete ao serviço social, mostra as dificuldades econômicas que existem para se realizar qualquer parcela desse problema, principalmente a questão do transporte que impede seja a parturiente atendida a tempo e obsta que receba socorro no hospital, ou que se beneficie do serviço domiciliar inexistente.

Focaliza a miséria econômica dos proletários, a miséria intelectual dos ricos e a miséria moral de ambos, causada naqueles pelas condições criadas pela necessidade e privações, quando não pela doença, e neste, pela ociosidade estéril e criminosa.

Finalmente, para concluir diz que não admira estar o Brasil nas condições em que se encontra a braços com enorme crise, crise essa que cada vez mais se avoluma, criando, por sua vez, condições irreparáveis, se medidas de várias ordens não forem realizadas no problema da maternidade e da infância, para minorar a crise da natalidade que já é assustadora em nosso meio, para refrear o evoluir das mortalidades maternas e infantil, que ultrapassam de muito os índices de terra civilizada, a incapacidade atual de prestar assistência hospitalar e social condigna, quer por falta de hospital, quer por falta de pessoal especializado e, finalmente, pensa serem as resoluções legislativas incapazes por si só de resolver tão magno problema, pois a assistência social é bastante onerosa e dificultosa para pretender resolvê-lo, quando muitas vezes as condições gerais do meio, são as que influem ou são os princípios morais da constituição da família, que estão predom-

minando e que escapam a ação do Estado.

Agradece, finalmente, a atenção dispensada e se coloca a disposição para qualquer esclarecimento a respeito do assunto tratado.

Comentários: — Dr. Luis de Barros Vianna — Desejo felicitar o A. de tão bela conferência. Tendo em vista os méritos do conferencista, peço a fineza de informar qual a opinião dos obstetras sobre o regime a que alguns parteiros submetem as gestantes afim de impedir o desenvolvimento do nascituro e, assim, permitir um parto fácil. Como nós pediatras clamamos contra tal regime, que taxamos de absurdo, não só porque a dificuldade ou a facilidade do parto é dependente do perímetro cefálico como também, porque a criança nasce em precaríssimas condições, de modo que as vantagens apregoadas são mais uma utopia, tendo em vista o fato que o ser em desenvolvimento durante a vida intrauterina é um parasito absoluto, daí resultando graves danos para o organismo materno.

Dr. Gomes de Matos. — Desejava alguns pormenores sobre os dados estatísticos apresentados acerca da mortalidade. Verifico que os números assinalados para o Japão são semelhantes aos de Chicago. Isso é estranho sabendo-se que Chicago possui a melhor organização de assistência à parturiente do mundo, não constando que o Japão tenha algo de semelhante. Qual a razão?

Dr. Vicente Lara. — O dr. Alvaro Guimarães Filho é uma figura que todos aqui conhecem e acatam como a do muito digno Diretor da Escola Paulista de Medicina e prorecto catedrático de Obstetricia daquela egrégia Casa de ensino. Mas ainda é ele detentor de outra credencial que deve engrandecê-lo em nosso conceito, tanto quanto aquelas duas primeiras é a de competetíssimo técnico e administrador hospitalar, do que tem dado as mais brilhantes provas de capacidade e merecimento.

Afóra as entidades assistenciais de caráter privado que devem a sua existência, em grande parte, ao seu espírito empreendedor e realizador, existe uma outra, de cunho público e de vulto bem maior que as demais, que é o grandioso Hospital São Paulo, possivelmente a mais cara ao seu coração.

Só os seus companheiros de Congregação e os amigos mais chegados sabem o quanto de luta, de sacrifícios e de amarguras alicerceiam aquela portentosa obra que, indiscutivelmente, constitui um dos mais belos monumentos de benemerência, já não digo do nosso Estado, mas do Brasil, e que foi levantado por um grupo de médicos que à sua frente não contavam senão com um ideal e uma fé sem limites nos altos desígnios de uma profissão que tanto sabem dignificar.

Conhecendo o seu valor e sendo um sincero e velho admirador seu, foi com especial alegria, que tive a honra de convidá-lo para vir nos dizer, esta noite, alguma coisa a respeito do magno problema médico-social da assistência maternal.

Esta tese forçosamente interessa, de muito perto, a todos nós. Não somente pelo fato humanitário de se procurar dar abrigo e assistência à mulher no momento mais crucial e dignificante de sua existência, no instante preciso em que de sua vida outra vida vai se desprender bem como pelos inúmeros problemas referentes à proteção da criança, que dela decorrem. Para tanto é suficiente ter em apreço, apenas, o mais primário deles, deixando à margem todos os restantes que nem porisso se destituem de seu profundo e inequívoco alcance; refiro-me à íntima correlação que há entre a mortalidade materna e a natimortalidade e mortalidade infantil.

Ouvi-lo discreditar sobre estas questões foi, na verdade, superar o prazer de admirar uma erudita exposição com o aproveitamento de magníficos e sazonados ensinamentos.

Não se limitou a nos entreabrir, rapidamente, as portas de uma ma-

ternidade para que lançássemos, fultivamente, um rápido olhar pelo seu interior. Foram escancaradas tôdas as vias de acesso e devassadas tdas as dependências. Nada foi furtado ao nosso exame e ao nosso interesse.

Questões referentes à sua localização e capacidade, ao seu funcionamento manutenção e administração constituíram a primeira parte de seu trabalho, que se completou com o balanço da remuneração, não monetária, uma vez que lhe cumpre se desinteressar da finalidade lucrativa, mas, da abundante mese de benefícios que dela promana.

Correlatamente, o orador abordou, como insigne mestre que é, a formação do obstetra e da parteira, aproveitando êsse ensejo para expor as diretivas capitais a serem seguidas para se alcançar um aproveitamento integral dos serviços e de enfermagem.

O doloroso problema da mãe solteira, também, foi analisado com o alevantado entendimento de que a sua significação se reveste aos olhos daqueles que compreensivamente procuram, antes de tudo e sobretudo, ser humanos, para, depois, fazerem-se moralistas.

Os excelentes préstimos tanto de ordem preventiva como educacional, do ambulatório de higiene pré-natal, mui acertadamente, não foram esquecidos. E, do modo com fez em relação à maternidade, foram delineadas as diretrizes que devem presidir o seu funcionamento, afim de que o máximo rendimento seja inteiramente colimado.

Em tudo revelou a sua, índole profundamente nobre, que faz com que sempre coloque acima de todo e qualquer interesse ou vaidade, a sua limitada solidariedade à gestante desvalida e miseranda, e o seu abnegado amor à profissão e ao magistério.

Do panorama vasto e variado que, sem deformar a realidade, nos descortinou, ficaram somente um trazo de tristeza e um ressaibo de desapontamento.

De tristeza por avaliarmos quão calamitosa é em nossa terra, a

mortalidade materna. Ver, impotentemente, tantas vidas que se apagam, criando, com o seu desaparecimento, um imenso e sinistro vazio nos lares a que presidiam, e motivando grandes, profundos e quasi insolúveis problemas sociais.

De desapontamento, quando nos deu a conhecer a nossa tristíssima situação nelo confronto que fez do que temos, isto é, do íntimo número de leitos gratuitos que possuímos, e de nosas precárias e reduzidas acomodações destinadas a assistência à gestante e à parturiente, com o muito que existe lá fóra, nos Estados Unidos, na Argentina, no Uruguai e em tantos outros países

Confortou-nos grandemente, no entanto, a evidência dos esplendidos resultados de que são capazes os nossos obstétricos, e exaltamos ao conhecer o alto padrão das atividades que até hoje têm desenvolvido, a despeito de tanto tropeço e tanta dificuldade.

Embora sejam pediatras todos os que aqui se encontram presentes, é mui natural que da larga variedade de questões estudadas algumas ou muitas delas tenham despertado o nosso interesse, em função das atividades que exercemos ou das inclinações que nos caracterizam.

E se nos fosse permitido falar das reflexões que elas nos sugeriram, iríamos provavelmente, provocar debates e isto viria ferir disposições de nosso regimento interno, atento que o tema da dissertação foi anunciado como conferência e não como comunicação.

Afim de contornar êste impasse,, dispõe-se o conferencista, segundo afirmou a dar esclarecimentos aos que desejarem algum informe que tenham dúvidas em relação às questões que ventitou.

De minha parte quero fazer sentir ao Prof. Alvaro Guimarães Filho que experimento o mais grato prazer de, em retribuição à amabilidade de ter acedido ao convite de vir dar-nos o prazer da sua presença e de sua autorizada palavra, expressa-lhe os meus agradecimentos e as minhas homenagens

gens, assim como de meus companheiros, que comigo acatam na sua pessoa uma das mais conspícuas expressões da cultura médica paulista.

Prof. A'varo Guimarães Filho. — Snr. Presidente: — Foi com máximo prazer que ouvi os ilustres pediatras que honraram com observações à palestra que tivemos o prazer de proferir nesta Secção de Pediatria da nossa Associação, tão condignamente dirigida por V. Excia.

Ao Dr. Barros Vianna desejo informar que não tratei do regime dietético da gestante, em relação ao nascimento ou fugir um pouco do longo tema que me havia proposto esplanar, porém, dado o interesse despertado pelo prezado colega, devo dizer que a dieta retritiva empregada para reduzir o volume fetal, que foi proposta e é conhecida em ciência pelo nome de "dieta de Prochnik" não é mais usada, primeiramente pela grande oposição que sofreu dos especialistas, e, em segundo lugar, pela enorme e obrigatória experiência que a Grande Guerra de 1914-1918 determinou: nos Estados da Europa Central onde havia por força do bloqueio, uma dieta racionadíssima, mormente nos últimos anos em que grassou a fome, as gestantes foram submetidas a prova crucial e os recém-nascidos foram de tamanho normal e, algumas vezes, até maiores que as medidas padrões, tendo havido concomitantemente redução da incidência da eclampsia e grande prejuízo para o organismo da mulher, que em déficit alimentar, teve que suprir o produto conceptual com as poucas reservas que lhe eram tão necessárias, servindo, portanto, a experiência para provar em definitivo que o feto age, parasitariamente, extraindo do organismo materno o necessário para o seu desenvolvimento sem relação às necessidades do organismo gestante, aliás como acontece na grávida tuberculosa, e qualquer dieta restritiva não é só inútil no seu objetivo, mas

ainda é altamente prejudicial ao organismo materno.

Em virtude desses conceitos foi abolida em Obstetricia mas não se deve confundir essa dieta retritiva com o fim especial de diminuir o feto, com outras dietas igualmente restritivas que usamos, quer para evitar a obesidade da gestante, quer para corrigir estados patológicos como sejam as moléstias renaes, cardíacas, toxêmicas, etc.

Ao Dr. Gomes de Mattos devo esclarecer que de fato na estatística apresentada se encontra um dado de mortalidade referente ao Japão, datado de 1927, e no valor de 13,1 por mil. Essa estatística, como disse, foi retirada do recentíssimo livro "Puericultura e Imaternidade" do Prof. Clovis Correir da Costa que, faguna vinete, nos dá uma das melhores tabelas de coeficientes de natimortalidade nos diversos Estados brasileiros e, comparativamente, nos fornece cifras referentes às principais cidades e países do mundo, e dada a proveniência do estudo feito não por ilustre e doutor amigo, mas além disso autoridade oficial como Chefe da Maternidade do Instituto Nacional de Puericultura, não entramos em maiores indagações a respeito das suas inúmeras parcelas, das quais uma é a impugnada pelo colega.

Parece-me, entretanto, que deve haver engano nesta parcela, quer tipográfico, quer das fontes informativas, pois custa acreditar que o Japão nas suas condições tenha alcançado tão baixo nível na sua mortalidade.

Ao Dr. Vicente Lara não tenho palavras para agradecer, a não ser para agradecer com que se referiu ao Hospital São Paulo, e aos dignos companheiros que fazem a vitalidade e a grandeza da escola Paulista de Medicina, e que não estando presentes para retribuir as gentilezas, uso da qualidade de seu representante legal, para emitir o nosso profundo agradecimento pelo altíssimo conceito expresso e que tanto nos honra, já por se tratar da tão operosa Secção de Pediatria

da Associação Paulista de Medicina, já por serem sidas proferidas pela pessoa de seu ilustre Presidente.

Quanto aos adjetivos que V. Excia., Smi Presidente, proferiu analisando a palestra que tive o prazer de realizar nesta noite, não devo agradecer não por falsa modestia que espero não ter, mas por pretender possuir ainda uma pequena audiência e ver que elas timbraram por denunciar aos que ouviram aquele espirito lhano e

generoso de velho amigo de mais de trinta anos companheiro dos bancos cor-deal e de trabalho nas funções públicas, e de grande amigo, cuja generosidade por pródigo e descabida confundem-se, obrigando-se apenas a esta explicação de caráter pessoal.

Aproveito, finalmente, a oportunidade para cordialmente agradecer a honra de ser recebido por esta Secção e as atenções e gentilezas que fui alvo nesta noite pelos ilustres pediatras e por V. Excia.

SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA, EM 17 DE MAIO DE 1944

Presidente: Dr. J. E. Paula Assis

Vitaminoterapia e cirurgia no tratamento do noma (estomatite gangrenosa infantil). — A propósito de um caso curado. — Dr. Antonio Corrêa. — O autor, após estudar o quadro clínico, a etiopatogenia, o diagnóstico e tratamento do noma, relata um caso que teve ocasião de tratar e curar. Tratava-se de uma criança de 3 anos de idade, com anemia acentuadíssima de origem alimentar e parasitária, que apresentou uma gangrena da bochecha esquerda, com a consequente eliminação dos tecidos da região.

A terapêutica local foi constituída pela cirurgia e curativos diários, e a terapêutica geral teve por base a vitaminoterapia. O tratamento vitamínico utilizado consistiu de vitaminas B, C, A e D, e grandes doses que chegaram até 1.200 mgrs. diários de ácido nicotínico.

O autor conclui, encarando o noma como uma moléstia de carência, e chama atenção para a profilaxia. Esta consistirá em tratar precocemente as estomatites em crianças, cuidando da higiene bucal, da alimentação, e da vitaminoterapia em todo o caso de sarampo, febre tifóide, bronco pneumonia e outras moléstias debilitantes.

Sobre três casos curiosos de consultório. — Dr. Silvio Marone. — O A. justifica a apresentação dos casos assim chamados de "consultório", por serem, além de perfeitamente passíveis de se observar em qualquer oportunidade de entidades mórbidas pouco frequentes. São os seguintes:

1.º) Um caso de sub-maxilarite luética: Trata-se de um caso no qual o diagnóstico versou a princípio sobre uma litíase salivar e não foi confirmado pela radiografia e terapêutica. Penou-se em lues e a R. Wasserman e a medicação específica confirmaram o diagnóstico. Tratava-se de uma senhora de côr, apresentando intensa hipertrofia das glândulas sub-maxilares, com abundante secreção salivar, e com ligeira dor à palpação. O diagnóstico foi firmado mais por exclusão e pela terapêutica do que propriamente pelos dados clínicos, pois a localização luética nessa glândula é bastante rara.

2.º) Corpo estranho (gaze) esquecido no seio maxilar esquerdo: Trata-se de uma senhora que há nove meses (julho de 1943) fora operada de sinusite maxilar esquerda, (processo de Cadwel-Luc), sendo-lhe feito somente o primeiro curativo (retirada pelo nariz do

dreno, através da contra-abertura nasal). Em seguida, a paciente notou a saída de pus por uma abertura (fistula situada no terço posterior da incisão operatória). Ficou assim até março de 1944, quando nos procurou. Nova radiografia. Nova operação de Cadwel-Luc. Notámos que a fistula se propagava sobre a parede anterior do seio, de maneira irregular, regularizada a parede, cujo tecido ósseo se apresentava com franco processo de osteíte, notámos o interior do seio cheio de um corpo estranho. Com a pinça retirámos uma gaze, das comuns, quadradas, usadas frequentemente nas operações; o interior do seio apresentava-se recoberto de mucosa em franca degeneração poliposa. A antiga contra-abertura se achava íntegra e perfeita. Curetado o seio, fizemos a sutura dos lábios da incisão. Até a data de hoje (um mês após a operação) a paciente está passando perfeitamente bem. Alta curada.

3.º) Caso raro de ptose do istmo da glândula tiroide por esforço: Trata-se de um operário que, ao fazer esforço para levantar um corpo muito pesado, tendo prendido e comprimido o ar para maior possibilidade de esforço (processo comum utilizado para levantamento de corpos pesados), notou que com esse esforço lhe saltou uma tumefação na parte anterior do pescoço e sobre a fúrcula esternal. Essa tumefação somente lhe prejudicava o dormir quando deitado de costas, dando-lhe ligeira sensação de sufocação. Não houve nenhuma alteração da voz. Exami-

nado, verificou-se tratar-se de ptose do istmo da tiroide exclusivamente, sem nenhuma lesão da laringe ou traquéia, o que foi confirmado por radiografia; nem houve perturbação funcional dessa glândula. Devido à falta dessa perturbação, foi simplesmente feito uma contensão do istmo por meio de tiras de esparadrapos. O A. chama a atenção para a raridade dessa ptose, verdadeiro processo de hérnia, e para a sua importância sob o ponto de vista de medicina legal, da medicina do trabalho, rotulando-o como acidente do trabalho e determinando incapacidade parcial, mas permanente, como qualquer processo herniário.

Comentários: Dr. J. Fairbanks Barbosa. — A propósito do primeiro caso citado pelo dr. Marone, lembro-me de um semelhante em que as lesões se localizaram na parótida, no qual o tratamento anti-infeccioso não deu nenhum resultado. Feita a reação de Wassermann e tendo se revelado esta fortemente positiva, realizei o tratamento combinado, anti-infeccioso e antilúético, e os resultados logo se fizeram sentir.

Dr. J. E. Paula Assis. — Em nome da Secção agradeço a ótima contribuição do dr. Silvio Marone. Os casos citados foram de fato, bastante interessantes. A propósito do 2.º caso, tive ocasião de ver um caso idêntico, há muitos anos, só que a localização era em um dos seios frontais, onde foi encontrada uma gaze, que havia sido deixada em uma operação anteriormente sofrida pelo paciente, a qual retirada trouxe a cura em pequeno espaço de tempo.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE MAIO DE 1944

Presidente: Dr. Antônio Barros de Ulhôa Cintra

Estudo anátomo-clínico de um síndrome diarréico por fistula Gastro-jejuno-cólica — Drs. Constantino Mignoni e Fuad Chamas. — Os AA. fazem a leitura do resumo da observação de um doente inter-

nado no Serviço do prof. Celestino Bourroul, que era a seguinte: após uma intervenção cirúrgica sobre o estômago, pois era portador de uma úlcera duodenal, começou a sentir novamente dores epigástri-

cas relacionadas com a ingestão de alimentos, tendo mais ou menos os mesmos caracteres da dor da úlcera pré-citada. Seguindo-se a uma intensa dor no epigastro sob a forma de cólica, estabeleceu-se uma diarreia que o levou a um adiantado estado de depauperamento físico e edema generalizado, por todo o corpo. Nas evacuações, o doente reconhecia os alimentos ingeridos até mesmo arroz e macarrão cozido. Ao exame objetivo, além de um intenso edema generalizado, que foi interpretado como sendo de natureza discrásica, nada mais foi constatado de anormal. Os exames complementares realizados, foram os seguintes: Exame de fezes: (após purgativo salino): — presença de "Strongiloides stercoralis, ovos de Necator americanus e cistes de "Endoamoeba histolitica"; reação de Wassermann, negativa. — Não foi feita radiografia do estômago, por dificuldade de remoção do doente, dado o seu estado adiantado de asenia.

Tendo-se dado o êxito letal, a necropsia feita, veio revelar a presença de uma "fistula gastro-jejuno-cólica", que foi um achado de surpresa, pois esta hipótese não havia sido formulada e isto em virtude dos seguintes fatos:

1. Gastro-êntero-anastomose: — O paciente revelou que tinha sido "operado do estômago" e relata que os cirurgiões lhe tinham tirado uma porção do mesmo, o que os fez pensar mais numa gastrectomia parcial, do que numa gastro-êntero-anastomose, sendo como se sabe, muitíssimo mais frequente a complicação fistular nesta do que naquela.

2. Exame de fezes: — A presença de "Strongiloides", ovos de "Necator americanus" e cistes de "E. histolitica", os fez filiar os sintomas intestinais, à parasitose reterida.

3. Ausência de vômitos e eructações fecalóides características na

fistula gastro-jejuno-cólica. fez afastar a hipótese desta.

4. Finalmente, as dificuldades na obtenção de exames complementares, como radiografia do estômago, também contribuiu para a dificuldade de diagnóstico.

No entanto, após o estudo anátomo-patológico, fazendo-se uma reconsideração sobre o caso, verificaram os AA. que havia a possibilidade de se fazer o diagnóstico com os dados clínicos de que se dispunha e com os resultados dos exames complementares realizados. De fato, a história do paciente pode ser nitidamente dividida em 3 períodos: — a) Período pré-operatório (úlcera duodenal); b) Período pré-diarreico (úlcera péptica do jejuno); c) Período diarreico (fistula jejuno-cólica), caracterizando-se este último período por evacuações post-prandiais, tendo as fezes os seus constituintes bem reconhecidos, a ponto de o paciente reconhecer arroz cozido, macarrão, etc. (alimentos de facilíssima digestão). Do exposto se conclui que, mesmo sem o auxílio radiológico, o diagnóstico clínico e fistula-gastro-jejuno-cólica, se impunha.

A seguir, os AA. fizeram algumas considerações de ordem teórica sobre as fistulas gastro-jejuno-cólicas, como complicação operatória das gastro-êntero-anastomoses.

Comentários: Dr. Bernardino Tranchesl. — O presente caso, traz ensinamentos bastante interessantes. Segundo foi relatado, o caso em si pela sua própria anamnese, já fazia suspeitar da existência de uma fistula entre o jejuno e o colo transverso, e cremos mesmo que a história do doente era bastante típica. Esta história, foi muito bem dividida pelo dr. Fuand em 3 fases, muito distintas: a primeira fase da dor causada pela úlcera do estômago, que sofria a influência da alimentação; a segunda fase da dor causada pelo aparecimento da úlce-

ra péptica pós-operatória do jejuno e finalmente uma terceira fase, que consiste na ligação por meio de uma fistula do jejuno ao colo transverso, ligação esta formada pela fibrose provocada pela própria úlcera péptica. Entretanto, apesar de tudo isso, faltam dois sintomas, sem os quais, difficilmente podemos pensar em fistula cólica, e que são os seguintes: o hálito ou o vômito fecalóide e a evacuação quase immediata dos alimentos recentemente ingeridos depois da alimentação. O hálito fecalóide, em geral sempre existe e eu muito me admiro que no presente caso não tenha sido notado, já que se trata na realidade de um caso de fistula cólica, como demonstrou a autopsia. Quanto à evacuação depois das refeições, foi referida, mas o dr. Fuad não nos disse se essa evacuação era immediata ou não.

Quanto a existência de alimentos não digeridos ou mal digeridos nas fezes, em grande quantidade, este fato por si só, pode correr por conta de um trânsito muito rápido, o que de fato caracteriza a fistula cólica sob este aspecto, é a existência de alimentos recentemente ingeridos nas fezes, mas que são evacuados immediatamente depois de sua ingestão.

Um outro ponto muito importante, que aliás foi bem focalizado pelos AA. é o que diz respeito aos graves distúrbios verificados no metabolismo dos sais minerais e da água, que apresentava este doente. Só este fato em geral, basta para levar o individuo à morte. E' de se lamentar sob este aspecto, a falta de outros exames subsidiários, para não se falar da falta de radiografia que no presente caso não foi possível obter.

Quanto ao fato de ser mais frequente no homem do que na mulher esta eventualidade da fistula gastro-cólica, Balfour tem a seguinte explicação: os doentes do sexo masculino, pelas próprias condições de vida, não seguem geralmente o regime alimentar que se lhes aconselha nem o regime de

repouso pós as operações e ainda mais, logo voltam a abusar do fumo e do alcool; isto provoca um processo de jejunitis, que é muito intenso, e grave, provocando a úlcera jejunal, que termina, frequentemente, com a formação de uma fistula gastro jejuno cólica. As mulheres, ao contrário, se submetem mais facilmente aos regimes prescritos e além disso, geralmente, não usam alcool e fumo, que irritam o intestino delgado.

Ademais, o caso constituiu para todos nós, uma lição valiosíssima de clinica e de anatomia patológica.

Dr. António B. Ulhôa Cintra. — Concordamos que é interessantissimo o caso apresentado. As informações que os doentes nos dão sobre as suas fezes, são muito importantes nestes casos, sendo de importância mesmo fundamental para o diagnóstico, e no caso presente, o encontro de arroz e macarrão intacto nas fezes, era, por si só, a chave da solução do problema. Além disso, o doente apresentava uma carência muito grande que não poderia ter uma explicação plausível no presente caso. Portanto a hipótese clinica de que se tratava de um caso de fistula cólica, era perfeitamente cabível.

Dr. Fuad Chamas. — Agradeço a atenção dos colegas.

Quanto ao dr. Tranchesi, creio que podemos dar uma explicação sobre o porque do doente não apresentar eructações fecalóides. Devido à grande boca anastomótica entre o jejuno-estômago e a fistula cólica, é de se crer que uma grande parte dos alimentos ingeridos, passasse directamente do estômago para o colo transverso e era então logo eliminado, não havendo tempo para sofrer uma putrefacção no intestino grosso, que daria o cheiro fecalóide das eructações.

Quanto à presença de macarrão nas fezes, é um fato, para o qual se deveria ter dado mais atenção, pois trata-se de um alimento de digestão muito fácil, e sua presença

nas fezes, não digerido, deveria ser considerada como muito significativa.

Tratamento das anemias hipocrômicas com pequenas doses de ferro reduzido — Dr. Pedro Janini. — O que nos levou à experimentação das pequenas doses de ferro reduzido no tratamento das anemias hipocrômicas foi uma série de conferências realizadas nos Estados Unidos, pelos membros do Departamento de Farmacologica e Medicina do "Cornell University Medical College" e do "New York Hospital". Depois de uma série de considerações a respeito de diversos sais de ferro eles afirmam que quanto menor a dosagem de ferro maior a percentagem de utilização do mesmo e acrescentamos nós, até um mínimo útil que varia de indivíduo para indivíduo.

Não consideram entretanto, nessas conferências, o ferro reduzido pelo hidrogênio. Como em nosso meio esse medicamento é muito difundido e sempre usado em doses altas resolvemos então experimentá-lo em doses bem menores.

Até o momento estamos com 25 casos e cujos bases para o tratamento foram:

1.º) — *Escolha do caso*: — Procuramos sempre, como é natural, casos de anemia hipocrômica microcítica e raras vezes macrocíticas não perniciosas, anemias hipocrômicas pós-infecciosas, maleita, etc. Em geral, os casos escolhidos tinham inicialmente 1 a 2.500.000 de glóbulos vermelhos por m. m. c. com 20 a 30% de hemoglobina. Um deles apresentava 1.000.000 de glóbulos vermelhos e 8% ou 1,3 grs. de hemoglobina por 100 c.c. de sangue.

2.º) — *Dieta*: — Não foi dada dieta especial que pudesse influenciar de uma maneira evidente a hemoglobino-formação. Excluimos mesmo a carne mal passada ou fígado.

3.º) — *Ácido clorídrico*: — É comum, como é sabido, a hipo ou acloridria nos casos de anemia

hipocrômica daí advindo então a administração do ClH para melhorar a absorção do ferro. Pois bem, em todos os nossos casos não demos o ácido clorídrico.

4.º) — *Administração do produto*: — Iniciamos com doses pequenas, 0,25 a 0,50 no primeiro dia e depois aumentando progressivamente até 1 a 1,5 grs. por dia, sempre após as refeições. O modo de administração era em comprimidos contendo 0,25 de ferro reduzido cada um.

Dos casos tratados, apenas 4 tomaram 1,5 grs. por dia; os restantes foram tratados com 0,75 e 1,0 diários. O mínimo útil foi tomado arbitrariamente, sendo considerado ótimo quando a resposta hemoglobínica fôsse, pelo menos, 2% por dia.

Resultados: — Embora nossa casuística seja ainda pequena, pois contamos apenas com 25 casos, não tivemos nenhum insucesso. O tempo de cura foi idêntico ao que se verifica quando se usam as grandes doses, isto é, entre 20 a 40 dias considerando-se os casos com 1 a 2.500.000 glóbulos vermelhos por m.m.c. com 10 a 30 ou 40% de hemoglobina. Em todos os casos, com exceção de 3 a regeneração hemoglobínica média diária não foi menos que 2%, o que, segundo os autores constitui uma ótima resposta. Nos 3 restantes casos as médias foram 1,54%, 1,47% e 1,2% por dia. Juntamente com o aumento de hemoglobina: observamos também no aumento dos glóbulos vermelhos. Em geral os doentes saíam com 75 a 85% de hemoglobina e 4.000.000 a 4.500.000 glóbulos vermelhos por m.m.c.

O tempo total da cura foi idêntico ao verificado quando se usam grandes doses, isto é, em média 30 a 40 dias.

Perturbações gasto-intestinais: — Observamos diarreias em 2, e prisão de ventre em 4, que cederam, completamente, 3 a 4 dias após, sem que se intervisse nas

doses usadas, no caso de prisão de ventre e diminuindo-se a dose nos casos de diarreia.

Conclusões: — Conforme dissemos, nossa casuística, que pretendemos aumentar, é ainda pequena, de maneira que as conclusões, se bem que não possam ser definitivas, são muito animadoras. Dessas pequenas doses de ferro reduzido pelo hidrogênio pode-se desde logo deduzir as vantagens que, em resumo, são na ordem decrescente:

- 1) — Os sintomas gastro-intestinais, quando existem, são de pequena monta o que facilita sobremaneira o médico e o doente, na continuação do tratamento.
- 2) — O custo do tratamento torna-se menos dispendioso.

Comentários. Dr. Bernardino Tranchesi. — E' muito interessante a comunicação. Até há pouco tempo se tinha a noção de que se deveria dar grandes doses de ferro aos doentes anemiados. O dr. Jannini veio nos demonstrar que com uma quantidade de ferro muito menor, se obtem uma regeneração tão rápida e eficiente como as que eram obtidas com grandes doses de ferro, com as vantagens de serem evitados os distúrbios gastro-intestinais tão desagradáveis para o paciente, e que muitas vezes o fazem interromper o tratamento.

Quanto à questão da alimentação a que foram submetidos os doentes, que tomaram estas doses pequenas de ferro, afirmou o dr. Jannini, que nenhum dos alimentos era regenerador da hemoglobina, de modo que a alimentação não influíu na melhoria da taxa desta. Desejo a este propósito saber que espécie de alimentação deu o dr. Jannini a seus doentes.

Dr. Antônio B. Ulhôa Cintra. — Os resultados obtidos pelo dr. Jannini no tratamento das anemias com pequenas doses de ferro, foram surpreendentes. Não sei entretanto, se os mesmos resultados continuariam a ser obtidos depois que tivesse o individuo atingido a

uma certa porcentagem de hemoglobina. Tenho a impressão de que as anemias de 3.000.000 a 4.000.000 de glóbulos já reagem de modo diferente ao ferro e só dificilmente se consegue elevar a sua taxa de hemoglobina e de glóbulos. Desejo saber a este propósito, quais os resultados que o dr. Jannini tem obtido, isto é, como se têm comportado com a terapêutica pelo ferro os anêmicos em melhores condições com mais de 3.000.000 de glóbulos e com uma taxa de mais de 7% de hemoglobina. Nos Estados Unidos, conforme tive ocasião de verificar, os doentes anemiados de um modo geral, eram tratados com doses altas de ferro, mas deve-se fazer uma ressalva, que se tratava de doentes anemiados mas não em tão más condições, como os que foram tratados pelo dr. Jannini.

A presente comunicação é entretanto bastante sugestiva e os resultados obtidos no tratamento destas anemias hipocrômicas graves podem ser considerados como resultados animadores.

Dr. Pedro Jannini. — Agradeço ao dr. Tranchesi as suas palavras. Quanto à questão da alimentação por ele inquerida, devo dizer que os doentes que tratamos, se limitaram a alimentação habitual da Santa Casa; ora, como esta alimentação não tem influência muito decisiva para o aumento da taxa de hemoglobina dos doentes tratados com altas doses de ferro, também o mesmo se verifica para o tratamento dos doentes tratados com pequenas doses. E se houver influência, não haverá causa de erro na observação dos resultados, pois as condições da experiência são as mesmas.

Quanto à baixa de glóbulos verificada quando se administra vermífugos aos doentes a sua causa não está ainda esclarecida.

Quanto aos comentários do dr. Ulhôa Cintra, também é a nossa impressão de que depois de atingido um certo limite da taxa de hemoglobina, a regeneração por doses pequenas de ferro é menor.

Pretendemos fazer esta verificação mas por enquanto não nos foi possível, pois, só temos experimentado este tratamento em doentes da Santa Casa, os quais, logo após uma melhora evidente, querem alta a todo custo. Entretanto,

mesmo na possibilidade de serem necessárias maiores doses quando os valores de glóbulos vermelhos e hemoglobina são altos, não há dúvida que o tratamento em doses pequenas tem sua vantagem.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA MILITAR, EM 2 DE MAIO DE 1944

Aproveitamento dos inaptos em serviços auxiliares de guerra. — Orientação de acôrdo com as suas aptidões — Dr. Anibal Silveira. Preliminarmente o A. mencionou o grupo dos conscritos que seriam seguramente excluídos das fileiras do exército pelo exame psíquico: a) doentes mentais; b) personalidades desarmonicas, embora livres de psicose; c) indivíduos de constituição normal mas que apresentam alterações nas ondas bioelétricas do cérebro, o que só se pode verificar pelo chamado "eletroencefalograma".

De todos estes grupos, os considerados incapazes mas pertencentes às rubricas b) e c), podem e devem ser aproveitados em serviços auxiliares. Recordou em seguida que o homem psiquicamente "normal", pode ser bem integrado pelo aspecto afetivo-emotivo, como pode ser estável, instável, hiperemotivo, explosivo, ou ainda, apresentar traços psicopáticos isolados que não constituam invalidez psíquica.

Por outro lado, as exigências da luta são extremamente enérgicas e complexas, de modo que o indivíduo incapaz em certa arma, poderá ser aproveitável e mesmo desejável em outra. Recapitulou, para

Presidente: dr. Moacir Navarro

exemplo, a gama das qualidades exigidas entre as diversas atividades, desde as forças aéreas, as tropas motorizadas, as tropas de choque e as denominadas "comando", as forças navais, até os corpos auxiliares, os de abastecimento e de engenharia. Além disso, em cada setor, são óbvias as diferenças de esforço psíquico requerido pelos postos de comando e de responsabilidade, pelas missões de patrulhamento e observação, pelos serviços de ligação.

Dai se infere que só a seleção intelectual não basta para exclusão, nem permite a readaptação e o aproveitamento dos incapazes, pelo aspecto psíquico. Seria necessária uma série de provas, que estuda pela ordem de especialização: a) eletroencefalograma; b) método de Rorschach e outros "piscodiagnóstico"; c) provas de execução e de inteligência; d) aparelhagem psicotécnica.

Mostrou com exemplos individuais como os conscritos que forem inabilitados por apresentarem distúrbios da afetividade ou da emoção poderão ainda ser aproveitados em serviços de guerra que não os exponham a grandes riscos de vida.

TRANSPULMIN



Homburg

DEPARTAMENTO DE MEDICINA MILITAR, EM 5 DE
MAIO DE 1944

Contribuição do Laboratório para a Medicina Militar. — O líquido céfalo-raqueano — Dr. João Batista dos Reis. — Graças à evolução da medicina, à descoberta de novos recursos terapêuticos, à assistência imediata aos feridos, ao transporte rápido, cada vez é menor a perda de soldados feridos ou que adoecem nas frentes de combate. As estatísticas comparativas desde os tempos da guerra civil dos Estados Unidos até a de nossos dias oferecem uma demonstração objetiva desses fatos. Pelo menos em parte, este aperfeiçoamento se deve ao desenvolvimento do Laboratório Clínico moderno, que permite o diagnóstico preciso e auxilia grandemente o prognóstico. Sabemos hoje a importância do diagnóstico precoce, visando instituir uma terapêutica adequada o mais rapidamente possível, de que resulta a recuperação do paciente com a volta à normalidade com menor seqüela possível.

Já o Laboratório Clínico coopera na seleção dos conscritos, fazendo a profilaxia da neuro-lues. Todos os pacientes convocados devem ser submetidos ao exame do sangue para o diagnóstico da sífilis e aqueles que apresentarem uma infecção sifilítica, datando de mais de dois anos deverão ser afastados para posterior exame do líquido céfalo-raqueano e evidenciação daqueles casos que já são portadores de um processo incipiente de sofrimento luético do sistema nervoso central, que está ainda na fase pré-clínica. Naturalmente estes conscritos deverão ser afastados, pois estão sujeitos a passar de um momento para outro da fase pré-clínica para as manifestações alarmantes de uma paralisia geral progressiva, com tôdas as suas lamentáveis conseqüências, particu-

Presidente: Dr. Moacir Navarro

larmente se ela incidir sobre pessoa que disponha de grande autoridade.

A organização geral do Laboratório Clínico ao serviço da Medicina Militar deve obedecer a de uma organização central, o laboratório clínico de amplos recursos, localizado na retaguarda, e pequenos laboratórios junto aos corpos de tropa, móveis, preferivelmente localizados em embulâncias, dotados de recursos modestos, para resolver apenas os casos urgentes, fazendo exames diretos, bacteriológicos, parasitológicos, citológicos, químicos-qualitativo, e químico quantitativo elementar. Os exames que requererem maiores recursos técnicos serão feitos no laboratório central, colhendo-se o material e enviando-o à retaguarda.

A assistência propriamente dita que o laboratório clínico pode prestar à Psiquiatria de Guerra dividimos em duas partes:

Em primeiro lugar o laboratório clínico, de um modo geral, coopera fazendo o sôro-diagnóstico da sífilis; procedendo a exames hematológicos particularmente importantes nos casos de moléstias tropicais, quando acompanhadas de complicações encefálicas, em particular a malária, grande inimiga dos aliados nas regiões inóspitas; executando exames bacteriológicos visando a identificação do agente etiológico; praticando determinações químicas no sangue, quer como complemento de sistemas funcionais; fazendo enfim todas as provas que podem de uma forma ou d'outra contribuir para o diagnóstico e observação da evolução.

Em segundo lugar, colocado em situação de destaque, o exame do líquido céfalo-raqueano, que é aquele que presta a maior colaboração relativamente às moléstias do sistema nervoso, pois que a in-

dicação de um exame de L. C. R. é a mais ampla possível, desde os sintomas meningo-encefálicos graves até às simples suspeitas clínicas. Há duas vias principais de colheita do líquor — a lombar, e a sub-occipital. A indicação da punção lombar é limitada àqueles casos em que há suspeita clínica de moléstia ao nível do canal raqueano, enquanto nos casos da patologia meningo-encefálica a punção sub-occipital é a mais indicada porque o líquor aí colhido está mais próximo do processo mórbido e também porque é esta punção muito bem tolerada, não sendo acompanhada dos acidentes secundários peculiares à punção que, por vezes, obriga o paciente a permanecer no leito, por surgir dor de cabeça intensa, sintoma este secundário à hipotensão resultante. As contra-indicações para a colheita do líquor são muito raras; apenas devem ser puncionados sob controle manométrico, por via sub-occipital; os traumatizados do crânio recentes e os portadores de acidentes hemorrágicos intra-cranianos, datando de pouco tempo, deverão ser puncionados somente depois de 24 horas, para se verificar a evolução do processo.

A rotina do exame do líquido céfalo-raqueano deve ser a mais extensa possível, pois que há frequentemente um conjunto de alterações em relação com determinadas condições mórbidas, de modo a se poder estabelecer uma série de síndromos líquóricos. Desta forma, é muito condenável colher-se

o líquor e só proceder a uma investigação, por exemplo reação de Wasserman, ou apenas o exame citológico, pois que desta forma deixa-se de conhecer a situação real do líquor em seu conjunto.

Os síndromos líquóricos inflamatórios se subdividem em sépticos, que estão em relação com as meningites supurativas piógenas, tuberculosa e luética; ou não séptico, correspondendo ao quadro de irritação meníngea; o quadro característico da neuro-lues é finalmente aquele que sugere a cisticercose intracraniana.

Os síndromos líquóricos de estase também podem se subdividir em: estas apenas raqueanas, em relação com os processos bloqueantes do canal raqueano, e a estase intra-craniana em relação às compressões encefálicas e distúrbios puramente circulatórios intracranianos.

Além destes dois grandes síndromos, o inflamatório e o de estase, há o síndrome de hemorragia pré-existente; o síndrome hipotensivo (hipoliquorpeese) que se pode observar por vezes após os traumatismos do crânio; o síndrome de sofrimento sapilar encefálico; e finalmente aquele em relação com alterações metabólicas caracterizando as encefalites de tipo predominantemente tóxico.

Mesmo o exame de líquor com resultado normal é cooperante do diagnóstico, pois também orienta o psiquiatra.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA MILITAR, EM 9 DE MAIO DE 1944

Presidente: Dr. Moacir Navarro

Aspectos psicológicos da profilaxia da "Guerra dos nervos". — Dr. Edgard Pinto César. — Iniciou sua dissertação fazendo uma rápida revisão da evolução histórica da guerra psicológica, mostrando que, embora de velhíssimo emprego, só ultimamente lançaram

mão de todos os recursos disponíveis para torna-la mais sistematizada e calculada.

Focalizou os objetivos da guerra psicológica, como sendo o de desagregar as organizações civis e militares do inimigo, destruindo as bases psicológicas das suas es-

truturas. Passou a estudar as bases psicológicas, que estruturam as grandes coletividades, mostrando como as guerras exigem o máximo de espirito coletivista em detrimento do individualismo.

Encarou a estruturação das diferentes massas psicológicas, dividindo-as em massas naturais, espontâneas e episódicas e as massas organizadas.

Mostrou como essas estruturas psicológicas são fundamentalmente diversas: As massas naturais, espontâneas, tendem a expandir livremente as tendências instintivas, satisfazendo desejos recalçados, agindo com base puramente afetivas. Predominam nelas os sentimentos de irresponsabilidade, o afrouxamento dos sentimentos éticos.

Contrariamente, às massas organizadas já são submetidas a uma disciplina coletiva, que proporciona, a cada um, e ao conjunto, uma noção clara da responsabilidade dos atos a praticar. Dominam nelas os sentimentos baseados numa estrutura moral, deveres e direitos em justo equilíbrio.

Entre as massas organizadas, para efeito de guerra de nervos destacou dois tipos principais:

- 1.º) A organização civil nacional.
- 2.º) A organização militar.

Evidenciou a importância dos grandes valores morais consubstanciados em idéias diretrizes, exaltação dos ideais nacionalistas, confiança nos chefes, citando os edificantes exemplos de Churchill, Roosevelt, Stalin, que conseguiram o grande objetivo de polarizar, em torno de suas pessoas, a libido coletiva de seus grandes povos e mesmo de grande parte do mundo que se congrega no que já se convencionou denominar de "Nações Unidas".

Mostrou depois a importância da propaganda bem organizada, pela imprensa, pelo rádio, pelo cinema, e por todos os meios disponíveis,

para galganizar a opinião coletiva num objetivo único, polarizando os desejos de todos e fazendo com que se harmonize numa massa organizada toda uma nação. Demonstrou a importância das organizações auxiliares de guerra para congregar em massas disciplinadas as frouxas aspirações sociais democráticas, onde tende espontaneamente a predominar o individualismo, em detrimento do coletivismo indispensável para o esforço de guerra. Mostrou como as massas populares civis estruturadas em organizações disciplinadas podem suportar as mais duras situações com extraordinária galhardia, como evidenciaram as populações de Londres, Leningrado, entre outras mais.

Passou em revista as bases psicológicas da estrutura das forças armadas, procurando realçar o valor da tradição, o prestígio moral dos postos de comando, as vantagens de uma ação coordenada e inteligente e a necessidade da polarização da confiança em torno do comando.

As massas organizadas agiriam portanto como que sob o imperativo de um "super-ego" coletivo, capaz de determinar a sublimação da libido coletiva para atingir, mesmo com os maiores sacrifícios, o objetivo almejado.

Uma vez estudadas as bases psicológicas que congregam os indivíduos em massas passou a estudar as forças capazes de desagregá-los.

E' esse precipuamente o objetivo das guerras psicológicas. — Favorecer a dispersão da libido coletiva, destruindo o prestígio dos chefes e governantes, destruir a fascinação dos ideais coletivos, favorecer a liberação das tendências instintivas recalçadas pelo afrouxamento do "super-ego" coletivo, isto é, dos valores morais, predispondo assim à tensão emocional angustiosa, indicio de medo instintivo, que precede a defecção, a explosão do pânico, transformando as massas organizadas em massas naturais episódicas, onde os valores morais são relegados e se

expandem os desejos instintivos mais primitivos.

Passou em revista a ação da 5.a coluna, da sabotagem, do terrorismo provocado pelos mais variados meios, criando o conflito das tendências instintivas com as morais, predispondo aos estados que denominou de "Neurose Nacional" atestadora da desagregação das tendências das massas organizadas.

Estudou depois a profilaxia desses efeitos deletérios, mostrando a importância da propaganda dos grandes ideais coletivos, por todos os meios possíveis, como os

ideais democráticos das Nações Unidas, criando um inconciliável antagonismo com os ideais inimigos.

Mostrou as responsabilidades dos governantes e dos chefes militares e como deles depende a possibilidade de manter ao máximo o predomínio dos valores morais nas massas, em detrimento dos impulsos instintivos.

Quando os valores morais perdem o poder de fascinação sobre as massas organizadas, a desagregação destas se torna inevitável, e a derrota seria então uma consequência inevitável.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA MILITAR, EM 16 DE MAIO DE 1944

Presidente: Dr. Moacir Navarro

Psicoses hétero e autotóxicas durante a guerra. — Dr. Francisco Tancredi. — O conferencista analisou as psicoses auto hétero-tóxicas do ponto de vista etiológico, revendo depois os principais sintomas e formas clínicas. Nesse particular, deteve-se nas teorias de Hoche e Bonnhoeffer, quanto à lizertação dos síndromos psiquiátricos latentes (mecanismos preformados). Depois traçou em linhas gerais os cuidados a serem tomados nas linhas de frente e nos hospitais de retaguarda, defendendo a necessidade das precoces intervenções, com possibilidade de pronta re-

cuperação dos doentes. Aos inaptos para as linhas de fogo, recomendou o seu aproveitamento em serviços auxiliares ou em última hipótese o desligamento sob vigilância, de acordo com o que se faz nos Estados Unidos, para impedir perniciosa propaganda nos meios civis.

Uma outra questão apresentada, foi a da profilaxia dessas psicoses, não só mediante os meios coletivos mais rigorosos, como também as medidas de saneamento das tropas em ação.

Por fim, foi analisado o problema dos intoxicados ante as infrações e os códigos militares.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA MILITAR, EM 23 DE MAIO DE 1944

Presidente: Dr. Moacir Navarro

Personalidades psicopáticas. — O problema da simulação. — Dr. Francisco Tancredi. — O A. iniciou sua aula, com considerações sobre o conceito de personalidade psicopática, passando depois à análise das mais atualizadas classificações (K. Schneider, Kahn, Mira y Lopez, Bleuler, Lange, Sadler, etc.). O propósito de cada tipo

abordou os eventuais perigos que representariam entre a tropa, focalizando a necessidade de afastá-los das linhas de frente, mediante rigorosa seleção por ocasião das chamadas de incorporação, como também fazendo-se a observação da sua conduta nos batalhões de treinamento. Segundo estatísticas muito aproximadas, o total de per-

sonalidades psicopáticas entre a população comum, não vai além de 10%, enquanto, nos meios militares, se pode tomar esse índice como aumentado, quando aberto o voluntariado (os pais procuram o engajamento dos filhos anormais, como meio corretivo). Para o afastamento do exame selectivo, preconizou o método de Rorschach, de facil utilização em grande escala

(como se faz nos Estados Unidos), com o auxilio de técnicos psicologistas. Referiu-se depois, às personalidades psicopáticas, que podem ser utilizadas em serviços bélicos, citando exemplos de heroísmo, ao lado das transgressões que podem oferecer. Por fim, analisou a situação das personalidades psicopáticas, perante a justiça militar.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA MILITAR, EM 29 DE MAIO DE 1944

Psicoses reativas no teatro das operações. — Dr. André Teixeira Lima — Depois de ligeiras considerações sobre as psicoses em geral, sob o ponto de vista de sua "estrutura", encarou o A. sob o mesmo prisma, os distúrbios psicógenos em geral e as reacções psicóticas em particular. Estudou a seguir, os principais fatores das reacções psicógenas, a saber: o estímulo inicial, a personalidade reagente e os fatores predisponentes ou sensibilisantes. Procurou focalizar ainda os caracteres essenciais dos quadros psicopatológicos reativos, bem como as suas principais formas clínicas. Tratou depois dos quadros psicóticos reativos, observados em tempo de guerra, entre os combatentes. Dentre os tipos observados em tais condições, des-

Presidente: Dr. Moacir Navaro

tacou os chamados "reações explosivas", o pânico, as formas estuporosas, o estado crepuscular, o síndrome de Ganser e a depressão psicógena. Como formas comuns nos campos de concentração, descreveu o que os ingleses denominam "barbed wire disease" e os alemães "stacheldraht krankheit"; ao lado desse quadro, fez referência à reacção caracterizada pela "fuga na fé religiosa".

Chamou o A. a atenção para os meios que permitem o diagnóstico diferencial entre os distúrbios psicógenos de um lado, e os não psicógenos (endógenos e orgânicos propriamente ditos) de outro, e principalmente, para os processos terapêuticos recomendáveis em tais casos.

SECÇÃO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA, EM 22 DE MAIO DE 1944

Presidente: Prof. Rafael P. de Barros

Diagnóstico radiológico das anormalias do rim e das vias de excreção. — Prof. Rodolfo de Freitas. — O A. dissertou pelo espaço de 2 horas, abordando o tema do diagnóstico radiológico das anormalias reno-piello-ureterais. Fazendo de início uma síntese do desenvolvimento embriológico do rim e de suas vias excretoras, acompanhada de projecções esclarecedoras, passou a tratar do diagnóstico radiológico dos vícios congénitos de

desenvolvimento desses órgãos. Tratou das diversas modalidades de exames radiológicos: sem contraste, com sondas opacas introduzidas no ureter; com contraste, isto é, urografia de enchimento (piello-grafia retrógrada) ou urografia de excreção; pneumo-peritônio ou pneumo-rim, isolados ou combinados com a pielografia. À medida que discorreu sobre as modalidades técnicas e suas possibilidades, ilustrou sua palestra com

numerosas projeções de casos de anomalias reno-piello-ureterais de sua casuística pessoal, observados na clínica privada, na 1.ª Cirurgia de Mulheres (Serviço do Dr. Aires Neto) da Santa Casa, e no seu serviço no Hospital São Paulo.

Comentários: — Dr. Martins Costa. — Sem dúvida alguma, o assunto tratado é dos mais interessantes. Contudo, eu não poderia deixar de fazer uma pequena crítica sobre o modo como foi apresentado.

Em primeiro lugar, estão as fotografias de radiografias que foram apresentadas. Destas, a maioria delas, não nos deu nenhuma idéia de que se tratava de anomalias do aparelho urinário, pois a maior parte das chapas, nada mostrava de perceptível. Creio que este ponto é bastante falho, pois, em se tratando de uma demonstração de radiografias, estas têm que ser absolutamente fieis e absolutamente claras.

Em um dos casos em que foi diagnosticada ausência de cálice, eu tomo a liberdade de discordar desse diagnóstico, pois quer me parecer que se tratava mais de um esvaziamento do contraste entre o carater e o ureter. Pelo menos esta é a impressão que me ficou ao ver a chapa demonstrada, que aliás estava bastante má.

Em outra chapa, em que se pretendia mostrar um rim duplo, este absolutamente não foi visto por mim, por mais boa vontade que tivesse.

Ainda em outra chapa,, em que foi descrito um processo de bífidez ureteral, esta também não foi vista por ninguém.

Para terminar desejo ainda chamar a atenção do prof. Freitas, para o fato de que ele se afastou muito do tema que lhe foi proposto, perdendo muito tempo em divagações que estavam fóra do título de seu trabalho. O verdadeiro cunho do seu trabalho, seria a descrição dos sinais radiológicos observados nas anomalias do aparelho urinário e não a citação de outras divagações de ordem clínica e embriológica como foi feito.

Dr. A. A. da Mota Pacheco. — O presente trabalho já era por nós conhecido, porque foi relatado no Congresso Brasileiro de Urologia, reunido em 1940. É um trabalho digno de todo o louvor e foi muito bem acatado no referido congresso, mostrando perfeitamente, o carinho com que o prof. Freitas vem cuidando desta parte da Urologia.

As ectopias renais, podem apresentar-se como formas tumorais, localizadas em qualquer região do abdomen, de sorte que seria interessante esclarecer o diagnóstico destes tumores por meio de urografias. Isto é importante, pois na maioria das vzes trata-se de casos assintomáticos, e torna-se difícil saber-se a que órgão pertence o tumor. Acho que este ponto, pela sua importância, deveria ter sido bem frisado no presente trabalho.

Alem disso, falando-se em anomalias reno-ureterais, particularmente de terminação do ureter, foram citados os exames urológicos para o rim e para o ureter. Mas no caso em que exista uma perda da função renal, a urografia excretora não demonstra a eliminação por este rim e portanto não se vai ter a imagem da terminação do ureter. Nestes casos, quando o ureter se terminar na urétra, é a uretrografia que resolve o problema. Um caso interessante que documenta este ponto, foi demonstrado por Geraldo Vicente de Azevedo, que trabalha na mesma enfermaria que o prof. Rodolfo de Freitas (Serviço do dr. Ayres Neto). Tratava-se de uma terminação do ureter na uretra feminina, que a uretrografia bem caracterizou, pelo enchimento.

Prof. Rodolfo de Freitas. — Sr. Presidente. Contentar a todos é impossível, principalmente quando um expositor insuficiente, incapaz como eu se apresenta, constituindo então uma infelicidade para todos os ouvintes.

Respondendo às críticas do prezado amigo dr. Martins Costa, devo dizer que fiz uma recordação

da parte embriológica justamente com um preâmbulo à minha exposição, para ser melhor compreendido o estudo radiológico das diferentes anomalias.

Quanto às radiografias, realmente, por infelicidade minha, a projeção das mesmas não foi bem nítida, embora o tenha sido quando as projetei para experiência, antes do início da sessão.

Mas, o dr. Martins Costa já teve ocasião de ver os originais das mesmas radiografias, que estão muito boas, demonstrando ótima técnica em sua execução. Eu não trouxe os originais, pensando não enfadar os colegas com apresentação sucessiva de muitas chapas, difíceis de serem projetadas e muito cansativas de serem mostradas no "ecran" em virtude do grande número.

Quanto à crítica sobre a duplicidade uretro-piéllica, posta em dúvida, eu dentro em pouco terei o prazer de mostrar ao dr. Martins Costa, as provas evidentes de que se trata na realidade de uma duplicidade.

Quanto ao caso da provável ausência congênita de cálice, desejo lembrar de que fiz esta afirmativa sob certas condições, dizendo que se tratava de um caso de possível reabsorção embriológica dos cálices. Quanto ao refle-

xo de líquido de contraste este refluxo não infirma o diagnóstico, isto é, a provável inexistência de cálices.

Meu prezado amigo Mota Pacheco, fez também algumas considerações. De fato, havia tanta coisa a dizer, que me escapou muita coisa importante. Não tratei entretanto d paropedêutica dos tumores abdominais, mas posso dizer que a urografia, aqui, apesar de útil não é indispensável. De fato, quando se executa perfeitamente a propedêutica semiótica, chegasse a diagnosticar perfeitamente em que órgão se formou ou se desenvolveu um determinado tumor abdominal sem o recurso da radiografia ou da urografia.

Quanto ao caso de Geraldo Vicente de Azevedo, eu me escusei de citar, apesar de considerar um trabalho de grande valor, pois penso que talvez seja o único na literatura mundial em que houve refluxo uretro-ureteral o que constitui um verdadeiro acaso. Dificilmente, a uretrografia revelará uma anomalia uretero-piéllica.

Eram estas as considerações que desejava fazer, sr. Presidente, considerando-me honrado com a atenção dos colegas e com a gentileza das críticas construtivas dos drs. Martins Costa e Mota Pacheco, às minhas despretenciosas considerações.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 29 DE MAIO DE 1944

Presidente: Dr. Aires Neto

Tumores Wolffianos. — Dr. José Gallucci. — O A. aproveitando a oportunidade de observar alguns casos de tumores wolffianos na clínica particular, reuniu-os aos casos da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina (Serviço do prof. Moraes Barros) para fazer um estudo dos mesmos, após consultar a bibliografia nacional, que é muito escassa a respeito.

Comentários: — Dr. Alvaro Marcondes Silva. — O dr. Gallucci

ci nos disse que, em certos casos, havia injetado substâncias antro-gênicas com o fim de verificar na espécie humana, a hiperplasia dos restos wolffianos encontrada em animais de experimentação. Tenho a impressão de que o fato de não ter sido encontrada a referida hiperplasia é devido à dose, provavelmente muito pequena, que foi injetada, e isso, porque, se raciocinarmos, estabelecendo um paralelo entre a dose injetada e a que se deveria injetar numa mulher

pesando 50 quilos, teríamos que empregar 750 miligramas de testosterona num período de tempo curto. Portanto, a minha pergunta é justamente esta: qual foi a dose de testosterona que o dr. Gallucci empregou nas suas pesquisas?

Dr. Pedro Aires Neto — A respeito da nomenclatura, tenho a impressão de que a denominação de "tumores meso-nefréticos" não é adequada, sendo melhor a denominação de tumores meso-nefrobianos. Esta última denominação, lembraria mais o nome de origem, pois a denominação de "nefrético" é mais usada com relação aos processos renais.

Quanto à intervenção cirúrgica nos casos de cistes muito aderentes, a operação é bastante difícil e muitas vezes, a marsupialização é o único recurso que se tem para salvar a vida da doente.

Dr. José Gallucci. — Quanto à questão da dosagem, devo dizer que as doses que empreguei, foram relativamente pequenas (10 mgs.); além disso tive que desistir das experiências, pois estas iam sair por preço muito elevado não podendo usar pois grandes doses, embora desistindo estou convencido de que os tumores wolffianos são excitados por hormonas, produzidas pela própria mulher.

Quanto às palavras do dr. Pedro Aires Neto, no que diz respeito à nomenclatura, tenho a impressão, de que o nome "meso-nefrético" é um nome que fica muito bem, pois o prefixo "meso" já impede qualquer confusão.

Sífilis e gravidez — Dr. Celso Menzen de Godói. — O A. inicia o seu trabalho, chamando a atenção para o importante problema da patologia médica-obstétrica, que é a sífilis na gravidez, por ser de grande interesse, médico-social, e devido à grande percentagem de recém-nascidos com sífilis congênita, importância essa que sobressai por poder a sífilis ser cortada no recém-nascido por um adequado tratamento da ges-

tante. Fala sobre o êxito da terapêutica anti-sifilítica nos Estados Unidos, onde existem Serviços nos quais já se obtém 98% de recém-nascidos clinicamente sãos. Cita nos Estados Unidos a estatística de Cole sobre a percentagem de sífilis entre a população daquele país. Faz um cotejo com as estatísticas da Itália, e cita a estatística da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que tem sido de 20 a 21%, tendo já descido um pouco mais. Faz uma crítica sobre a terminologia freqüentemente usada de "sífilis hereditária e sífilis concepcional". Sobre a etiologia refere a impossibilidade do espermatozóide e do óvulo darem um ovo que hereditariamente tivesse sífilis. Diz que quem transmite a sífilis ao recém-nascido é a mãe sífilítica podendo o pai ser indene; outras vezes a transmissão se faz do homem para a mulher e dessa é que se dá a transmissão ao filho. Cita as experiências de Neisser sobre a possibilidade da transmissibilidade da sífilis do homem para a mulher. Critica o velho e errado conceito antigo, de sífilis dos 5 anos, referindo-se às experiências de Gaustine e Forch. Cita as vias possíveis de transmissibilidade da sífilis para o feto e diz: "a via placentária verificada até o 4.º mês de gravidez, sempre apresenta lesões ósseas; a infecção antes do 5.º mês faz com que o recém-nascido traga sinais de sífilis congênita dos ossos. E, como recíproca, se encontrarmos lesões ósseas no recém-nascido podemos afirmar que a infecção se deu antes do 5.º mês de vida intra-uterina e que a via de penetração foi a placentária". Discorre a seguir sobre a influência da prenhez sobre a sífilis, citando os trabalhos de Zangenmeister e Certanesco, Gelhorn; fala sobre a influência da sífilis sobre a prenhez (gestação, parto, deiquitação e puerpério). Cita os trabalhos de Cherney e Frazer sobre a atenuação da virulência do germe.

A seguir, faz considerações sobre a sífilis como fator teratogê-

nico, sobre o Wassermann positivo nas toxemias, sobre as leis da imunidade, sobre os meios para diagnóstico da sífilis congênita e entra no tratamento e nos acidentes provocados pelos arsenicais, bismúticos e mercuriais.

Comentários: — Dr. Silvio Oliveira de Barros. — Todos nos devemos congratular com a excelente aula que acabamos de ouvir.

Quanto à incidência da sífilis entre as gestantes, o dr. Celso Godói, referiu a incidência de 15%, observada em serviços nos Estados Unidos. Entre nós, no Centro de Saúde desta Capital, obtivemos uma incidência de 13,9% o que representa portanto, uma situação bastante satisfatória para nós.

Quanto à natimortalidade, tenho a impressão, de que entre nós não é tanto a sífilis a sua maior causadora, pois a nossa natimortalidade, é bem superior à verificada nos Estados Unidos, enquanto que a sífilis como já dissemos é de uma incidência equivalente entre nós e aquele país. Acho que entre nós, o principal fator da natimortalidade reside na deficiência de meios de assistência ao parto, principalmente no que diz respeito à falta de leitos para parturientes.

Quanto à incidência de abortos, entre as sífilíticas, não temos notado maior incidência comparativamente àquela com Wassermann negativo. Quanto aos prematuros, a sua taxa, sim, é bem maior nas gestantes sífilíticas.

A respeito do tratamento da sífilis na gestante, o dr. Celso preconiza exclusivamente, pequenas doses. No nosso serviço usamos correntemente a dosagem de 0,45, dependendo das condições individuais de paciente, sem ter tido nenhum acidente.

Dr. Onofre Araújo. — Desejo de início cumprimentar o dr. Celso. Em um dos pontos continua entretanto em dúvida: é no que se refere à transmissão da sífilis paterna ao recém-nascido. A transmissão da sífilis paterna ao recém-nascido diz, o dr. Celso, poderia ser explicada pela ejaculação dos

treponemas, juntamente com o espermatozoide. Mas, como o germe poderá penetrar no organismo materno, sem deixar lesão externa?

Quanto à questão da dosagem, temos usado os arsenicais em doses de 0,45 grs., sem nenhum acidente.

Dr. Acácio Valim. — Também desejo felicitar o dr. Celso. Na questão do tratamento eu queria que o dr. Celso nos orientasse. Há casos de intolerância, pelos arsenicais, principalmente com os novos arsenicais emitidos pela indústria norte-americana. Assim, sendo, nestes casos de intolerância, desejaria saber se um tratamento prolongado, do 2.º ao 6.º mês, só pelos bismutos, não seria suficiente.

No mais, só desejo felicitar o dr. Celso pelo seu brilhante trabalho.

Dr. Franz Müller. — Desejaria uma informação sobre o tratamento em 5 dias, pelo mapharsen, que segundo vim a saber, o dr. Celso tem grande experiência pessoal, do tempo em que dirigiu o serviço de sífilis no Pré-natal da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina.

Dr. Sila Matos. — A exposição do presente trabalho, ficou em parte prejudicada pela rapidez com que foi feita. Assim o dr. Celso disse em um dos tópicos do seu trabalho, que durante a gravidez, a sífilis tem os seus sintomas exacerbados, mas no final de sua exposição, quando citou os trabalhos de Profeta, ele disse justamente o contrário. Esta é a minha dúvida: com quem está a razão? Teria sido um engano na exposição?

Dr. Celso de Godói. — Respondendo ao dr. Sila Matos, devo dizer, que de fato, a sífilis às vezes, apresenta uma maior exacerbação durante a gestação constituindo esta o reativo biológico por excelência da sífilis como diz Boero, enquanto outras vezes ela atenua a virulência do germe, isto de um modo geral para com as mulheres.

Os AA. explicam este fato, atribuindo-o a uma diferenciação na virulência do germe (treponema). É um problema ainda muito confuso, mas talvez seja explicado por uma diferença racial entre os treponemas.

Ao dr. Müller, devo dizer que a pequena experiência que tenho sobre essa parte, será objeto de breve comunicação.

Ao dr. Araújo, devo dizer que o treponema é ejaculado juntamente com o esperma, quando o indivíduo tem sífilis do testículo. O treponema, com a sua movimentação própria, penetra no canal cervical e fica aí em estado latente. Durante a gravidez, então, por uma diminuição da resistência do organismo materno, ou por um aumento da virulência do germe, ele aí se assenta definitivamente.

Quanto ao dr. Silvío Oliveira de Barros, achei muito interessante as observações por ele feitas sobre a dosagem que empregamos no Serviço do prof. Raul Briquet, de 0,30 grs., enquanto chefiávamos esta parte do Serviço, mas atualmente o prof. já permite doses de 0,40 aliás com perfeita tolerância das pacientes.

Ao dr. Acácio Vallim, agradecendo os seus comentários elogiosos, posso dizer-lhe que dos arsenicais norte-americanos tenho alguma experiência com o Arsenox, cujo tolerância é magnífica. Com o tratamento só pelo Bismuto, tenho tido alguns fracassos, aliás, minha opinião é de que o tratamento deverá ser sempre com a associação arsênico-bismútica, iniciando o mais cedo possível e prolongando até o fim da gestação.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo

SESSÃO DE 14 DE DEZEMBRO

A responsabilidade num caso de morte pela raiva. — Dr. Eduardo Vaz. — O A. referiu-se a um caso ocorrido recentemente no Rio de Janeiro em que várias pessoas foram mordidas por uma cadela hidrofoba em 3 de setembro de 1942, entre elas um menino que, apesar do tratamento antirrábico veio a falecer, embora haja recebido 13 doses de vacina antirrábica. Os proprietários do animal mataram-no e o substituíram por outro. O tratamento do doente fôra, por isto, interrompido durante cinco dias, visto a cadela não apresentar sinais de hidrofobia. O A. estuda, a seguir, o período incubatório do vírus que pode ser de 40 a 70 dias, em média, às vezes até de anos, em certos casos. Fez considerações sobre o tratamento, por interrupção. Estas considerações representam um de-

Presidente: Prof. Flaminio Favero

ver de consciência. Não procuram atenuar o ato criminoso, mas evitar, em nome da ciência, que se cometa um erro de justiça, atribuindo a morte a deficiência de tratamento, em virtude do embuste dos proprietários do cão. A morte se daria, com tratamento completo ou incompleto, incluindo-se o caso na rubrica de falso insucesso.

Ausencia de himen — Drs. Hilário V. de Carvalho e João B. de Oliveira. — Os AA. apresentaram um caso de ausência de himen havendo realizado análise histológica que comprovou plenamente o evento na interpretação embriofenética, defendendo com elementos histológicos, patológicos e estruturais as doutrinas que apresentou o himen como de origem dupla — estodermica e aulheriana.

SESSÃO DE 14 DE JANEIRO

Presidente: Dr. Alvaro Couto Brito

Um caso interessante de asfixia mecânica por sufocação e acidente do trabalho — Dr. Arnaldo Amado Ferreira. — O A. fez, em primeiro lugar, o histórico do caso que apresentava. Estudou-o com minúcias à luz da lei atual n.º 24 637 de 10 de julho de 1934, apontando as

razões pelas quais o caso era de fato um acidente do trabalho, apontando as suas várias espécies e se deteve sobre a sufocação direta e indireta e mostrou como se verificou o acidente cujo caso viha de apresentar à apreciação do douto Sodalício.

Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 26 DE DEZEMBRO

Presidente: Dr. Hercílio Marrocco

Perturbações digestivas de origem ocular — Dr. Waldemar Niemeyer. — O A. começou exaltando o valor da observação pessoal bem conduzida e documentada. Citou os raros trabalhos em que se faz referência a perturbações digestivas de origem ocular. Barriei de Montevideo, observou alergia ao chocolate que desaparecia com a correção de artigmatismo. Um vício de refração corrigido pelo A., fez desaparecer epigastralgia e vômitos resistente a variados tratamentos. Leu a observação de vários casos, de perturbações digestivas, que cederam com a correção do defeito, ocular encontrado. Em alguns casos, há somente melhoras, mas estas são acentuadas. Fez depois uma

apreciação geral dos casos observados e comentou as relações entre os sintomas digestivos e as lesões oculares, dando as devidas interpretações.

Discussão: Tomaram parte na discussão os Drs. Eurico Branco Ribeiro, Galdino Nunes Vieira, Francisco Finocchiaro e Hercílio Marrocco. O Dr. Waldemar Niemeyer discorreu sobre os irrisco-pistas, referindo-se ainda ao assunto da sua conferência.

A propósito de uma incisão — Dr. Eurico Branco Ribeiro — O A. referiu-se à incisão que propoz para a colecistotomia ideal, ultimamente publicada como novidade por Davis no *Surgery Gynecology and Obstetrics*.

Outras sociedades

Centro de Estudos Franco da Rocha, sessão de 20 de dezembro, ordem do dia: Caso clínico de síndrome psiquiátrico do lóbo frontal — Drs. Anibal Silveira e Mário Robortela; Considerações sobre o 1.º Congresso de Neu-
104)

ropsiquiatria de Buenos Aires — Dr. Mário Yahn.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 18 de dezembro, ordem do dia: Contribuição a terapêutica medicocirúrgica do ileo paraltico (Nota

prévia) — Drs. Plínio de Lima e Sergio Veiga de Carvalho.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 15 de janeiro, ordem do dia: Contribuição ao estudo dos fatores hipotrópicos. (Problema da corrose hepática) — Dr. José Dutra de Oliveiras; Sôbre um caso de tumor hipernefroide do ovario — Dra. Carmem Escobar Pires, Drs. Altino Antunes e C. Ribeiro Macedo.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sessão de 15 de janeiro, ordem do dia: Um caso interessante de asfixia mecânica por supocação e acidente do trabalho. — Dr. Arnaldo Amado Ferreira.

Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, sessão de 15 de janeiro, ordem do dia: Glaucoma-Patogenia — Dr. Renato de Toledo; Glaucoma-Indicação Terapêutica — Dr. Paulo Braga Magalhães.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Fraturas del miembro inferior — Juan Sánchez Cózar, 2.^a edição, Salvat Editores (Lavallo, 371), Buenos Aires, 1944.

Versando um assunto de alto interesse prático, pela frequência das fraturas dos membros inferiores, o livro do catedrático de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Granada, Espanha, alcançou logo uma segunda tiragem pela procura que despertou a edição de 1940, tais os ensinamentos que encerra, adquiridos na dura experiência da recente guerra civil. Livro moderno e principalmente baseado na observação de centenas e centenas de casos tratados com os mais variados recursos, é vasado de molde a oferecer uma orientação prática para qualquer médico que se veja na continência de atender um caso de fratura dos membros inferiores. 182 páginas com 85 figuras.

Fisiologia da respiração — Amadeo Herlizka, edição brasileira da Livraria Freitas Bastos (Rua Quinze de Novembro, 62), São Paulo, 1944.

Num total de quase 400 páginas, o A. apresenta de primeira mão em português, graças à ini-

ciativa do prof. Carlo Foá, um verdadeiro tratado da Fisiologia da respiração", calcado num largo tirocinio de mais de 25 anos num assunto em foi pioneiro. Acompanhando o desenvolvimento dos nossos conhecimentos relativos ao tema, o A. chegou até os nossos dias com estudos interessantíssimos sobre as alterações verificadas no ar comprimido, num ambiente de gases tóxicos e no ar rarefeito, graças aos progressos da navegação submarina e da aeronáutica. Livro moderno, é de leitura útil a todos os que, na medicina, vivem a lutar diante das alterações patológicas das vias respiratorias. O texto contém 93 figuras.

Calposcopia y diatermocoagulación de la cervicitis — Antonio Roganti, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1944.

Do valor deste livro nos dá bem idéia o fato de ter sido premiado pela Sociedade de Obstetricia e Ginecologia de Buenos Aires. O A. visa o diagnóstico precoce e a profilaxia do câncer da cervix. A sua tese é muito bem desenvolvida e fundamentada, havendo copiosa documentação dos pontos de vista esposados. E' um livro minu-

cioso e claro, oferecendo diretrizes seguras no tratamento das cervicites e despertando o interesse do clínico pela prevenção do câncer do colo do útero. O volume contém 166 páginas, com gravuras em negro e a cores.

El aparato cardiovascular en las insuficiencias tiroideas — Musios Fournier, José Cerviño e Juan Bazzano, Salvat Editores (Laval-le, 371), Buenos Aires, 1944.

Como parte integrante dos Manuais de Medicina Prática que a casa Salvat vem editando com grande sucesso — pois já teve que fazer uma segunda tiragem de vários volumes — o presente livro é vasado no mesmo programa de apresentar soluções práticas para os problemas focalizados. Neste volume, os A.A. estudam as ateroscleroses, as lesões renais, o coração mixedematoso, as insuficiências cardíacas, a angina de peito, a hidropsia, mixedematosa, tudo à luz dos modernos conhecimentos estudados e comprovados no Instituto de Endocrinologia de Montevideo. O volume contém mais de 150 páginas, com algumas ilustrações.

Relatório Anual do Instituto de Botânica — F. C. Hoene, publicação da Secretaria da Agricultura, São Paulo, 1944.

O relatório represente ao ano de 1943 desse importante departamento do Estado apresenta dado interessantes sobre as atividades desenvolvidas. Além de uma parte descritiva, encerra também algumas excelentes monografias, de sorte que o volume compreende um total de quase 200 páginas em formato grande, com magníficas ilustrações, algumas a cores.

Revista Médica Panamericana — Fernando Ribeiro de Moraes, Recife, 1944.

Iniciativa de grande vulto, fadada a larga repercussão na América Latina, periódico de Fernando Ribeiro de Moraes foi recebido com

grandes simpatias, sendo digno dos melhores votos de longa existência, em benefício do estreitamento dos laços culturais entre os expoentes dos vários países latino-americanos.

Noções básicas de imunoterapia e quimioterapia antibacteriana — Otto Bier. — Comp. Melhoramentos de São Paulo (rua Libero Badaró, 443), São Paulo, 1944.

Em primorosa confecção gráfica, a Cia. Melhoramentos de São Paulo acaba de editar um excelente trabalho da autoria do Prof. Dr. Otto Bier, sobre a imunoterapia e quimioterapia antibacteriana.

Recomendando a excelência e o rigoroso cunho científico desta publicação, bastaria sem dúvida o nome do ilustrado e competente professor de Microbiologia da "Escola Paulista de Medicina" e atual Diretor do "Instituto Butantan" de São Paulo.

Trata-se de uma obra de divulgação dos mais modernos conhecimentos de imunoterapia e quimioterapia anti-bacteriana suas aplicações práticas. É obra que se destina particularmente a clínicos e cirurgiões, e indispensável aos estudantes de medicina.

O A. condensa neste livro, de cerca de 200 páginas, as mais recentes aquisições no terreno da luta antimicrobiana, expondo, em síntese clara e oportuna, o resultado de inúmeras observações clínicas e trabalhos experimentais, colhidos nas mais variadas e selecionadas fontes médicas de informações, além da sua valiosa contribuição pessoal.

Desta seleção de conhecimentos médicos, na luta antibacteriana pela imunoterapia e quimioterapia, tirará o médico prático os melhores proveitos na sua tarefa cotidiana, e os estudiosos ampliarão os limites dos seus conhecimentos.

O livro do Pdo. Bier estuda na 1.ª parte as noções básicas para o conhecimento do mecanismo da infecção, da imunidade, os principais agentes imunoterápicos e, finalmente, o modo de ação, indica-

ções e utilização dos mais recentes agentes quimioterapêuticos, entre os quais avultam, pela importância as sulfonamidas e a moderna penicilina.

Na 2.^a parte são estudadas, separadamente, em cerca de 20 capítulos, as mais comuns e importantes molestias infectocontagiosas, tais como as estafilocócias, as estreptocócias, septicêmias, pneumocócias, a gripe, o resfriado comum, asgonocócias, disenterias, tifo-exantemático, infecções urinárias, etc. Este estudo é feito do ponto de vista imunológico, imunoterápico, quimioterápico e apresenta no final de cada capítulo um apanhado de indicações práticas, que dão à obra um cunho de especial valor para o médico militante. Acompanham cada capítulo as referên-

cias bibliográficas mais importantes.

Fecha o volume um interessante capítulo sobre antivenenoterapia, onde são expostas, com precisão, as medidas mais eficazes do combate às agressões dos animais e inseto venenosos do nosso País.

Escrito em linguagem clara e ilustrado com cerca de 40 gravuras e esquemas ilustrativos, o trabalho do Prof. Dr. Otto Bier é uma obra de mérito científico e de imediato valor na medicina prática.

Como que fazendo júz ao mérito da obra, é digno de referências o excelente acabamento gráfico do livro, no qual a Cia. Melhoramentos de São Paulo empregou as suas costumeiras características de trabalho — ótimo material, confecção excelente e impressão gráfica perfeita. — Dr. Armando Marques.

IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, IX, 5-160, março-junho de 1944 — Sobre a Psicopatologia do Incesto — Darcy de Mendonça Uchôa; A Classificação Nacional das Doenças Mentais — Anibal Silveira; Acidentes mecânicos da convulsoterapia — Celso Pereira da Silva e Paulo Ferreira de Barros.

Arquivos de Biologia, XXVIII, 101-127, setembro-outubro de 1944 — Estudos etno-biológicos sobre os índios da região do Alto Rio Negro — Amazonas — I — Grupos sanguíneos comuns e fatores M e N — E. Biocca e F. Ottensooser; Sobre a possível racemização do I — mentol pelos agentes hidrolizantes — Mauro Pereira de Almeida; Cálculo do mentol na essência de hortelã — Raphael Faro Netto.

Arquivos de Neuro-Psiquiatria, II, 359-519, dezembro de 1944 — Moléstia de Tay-Sachs — Oswaldo Freitas Julião, Paulo Braga Magalhães e Antonio James Brandi; Sistema neurovegetativo ocular. Consideraciones fisiopatológicas sobre um caso de Argyll — Robertson unilateral — Flaminio Vidal y M. Brodski; Paralisia ascendente. Hematomielia — Austregésilo Filho; Torcicolo espasmódico — Domingos Guilherme da Costa; Aspectos neurológicos da pelagra — Aluzio Marques; Distúrbios motores consequentes a alterações da sensibilidade — Oswaldo Lange e José Mario Taques Bittencourt; Síndrome de Wallenberg — Oswaldo Freitas Julião e Roberto Melaragno Filho; Acidente no tratamento da coreia de Sydenham pelo método de Balena — Paulo Pinto Pupo e José Vitor Dourado; Narcoanálise — Fernando de Oliveira Bastos e Joy Arruda.

Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, XIV, 8-138, janeiro a dezembro de 1943 — Sessões do dia 14 de Janeiro a 14 de Dezembro.

Boletim de Higiene Mental, I, 1-4, novembro de 1944 — Falemos de Higiene Mental — J. Carvalhal Ribas; A Escola Ana Neri e a Higiene Mental — Joubert T. Barbosa.

Boletim de Higiene Mental, I, 1-4, dezembro de 1944 — O Serviço Social na assistência aos doentes da mente — A. C. Pacheco e Silva.

Publicações Médicas, CXLVII, 5-72, agosto de 1944 — Problemas técnicos. Cuidados durante a anestesia — Enos C. F. Mondadori; Fisiopatologia das vias linfáticas periféricas — Manoel Caetano de Barros; Genu valgum e Genu varum — Jorge Glasner.

Resenha Clínico-Científica, XIII, 467-510, 1.º de dezembro de 1944 — A reação de verificação na serologia da sífilis — Reuben L. Kahn; A arsenoterapia intensiva na sífilis precoce pelo processo do conta-gotas venoso. (Tratamento de cinco dias) — William Leifer.

Revista Brasileira de Leprologia, XII, 201-305, setembro de 1944 — Importância das reações imunológicas no exame das creanças comunicantes de leprosos — José M. M. Fernandez; VII Contribuição ao estudo da lepra murina — Herminio Linhares; Patogenia do mal perferente plantar — Linneu Mattos Silveira.

Revista Clínica de São Paulo, XVI, 128-150, setembro e 1944 — Angina pré e post-enfarte — Dante Pazzanese e Ovídio Mon-

tenegro; Técnica da manipulação com forças conjugadas — Luiz Gustavo Wertheimer.

Revista Clínica de São Paulo, XVI, 159-194, outubro de 1944 — Fisiopatologia das cirroses — Aldo Bruno de Finis.

Revista de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo, VII, 1-56, junho-agosto de 1944 — Tumores Wolffianos — José Gallucci; Da Colposcopia no diagnóstico precoce do câncer do colo do útero — Maciel de Souza; Professor Hugo Furquim Werneck — José Gallucci.

Revista Paulista de Medicina, XXV, 147-226, setembro de 1944 — Sobre dois casos de "Osteogenesis Imperfecta" Tardia (Osteopetrose) — Walter Bonfim Pontes; Semiologia endócrina da hipófise anterior, métodos e interpretações — J. Lobo; Sobre o líquido das bolhas das dermatoses bolhosas — Mário Artom; Lesões ósseas, no pênfigo foliáceo (Osteomalácia) — Ulisses Lemos Torres.

Revista Paulista de Medicina, XXV, 227-292, outubro de 1944 — Novas aquisições no tratamento das queimaduras — Luiz G. da Rocha Azevedo; Considerações em torno de 308 casos de câncer — Antônio Prudente; Nova técnica de pancreatocomia cefálica — Eurico da Silva Bastos.

São Paulo Médico, XVII, 6-90, outubro de 1944 — Etio-patogenia do câncer prostático — Erasto Gaertner; Carcinoma da próstata — Honorio Dias Soares; Câncer da próstata (radium, roentgenterapia) — Nelson Carvalho; Nosologia endocrinológica — Aulo Pinto Viégas.

JALEPAT - ANTIANÊMICO POR VIA BUCAL

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

Os prêmios da Sociedade — Sob a presidência do professor Carlos Gama, realizou-se no dia 27 de dezembro, na sede social, uma reunião da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, na qual foi feita a entrega dos prêmios dessa sociedade.

O prêmio "Mme. Curie" foi entregue ao sr. J. A. Siqueira Ferreira, e o prêmio "Giovanni Lorenzini" ao sr. Otavio de Paula Santos. Em nome da Sociedade de Medicina e Cirurgia falou saudando os vencedores o professor Aguiar Pupo.

A seguir o presidente leu os regulamentos dos prêmios, assim como os temas para o ano de 1945, que são os seguintes: 1) Enriquecimento adequado da alimentação popular do Brasil; 2) Estudos do quadro patológico nas principais avitaminoses; 3) Métodos modernos de dosagens das vitaminas para o estudo do seu metabolismo no organismo humano; 4) Alimentação parenteral e retal; 5) Fatores alimentares lipotrópicos, anti-cirróticos e anti-hemorrgicos; 6) Estudo sobre o conteúdo vitamínico de alimentos brasileiros.

Sociedade de Medicina Aplicada à Educação Física

Nova Diretoria e Conselho Técnico — Realizou-se no dia 11 de janeiro, a eleição da nova diretoria e Conselho Técnico, que ficou assim constituída: Presidente: Sr. João de Deus Bueno dos Reis; Vice-Presidente: Sr. Erlindo Salzano; 1.º Secretário: Sr. De Det-how; 2.º Secretário: Sr. Atônio

Cillo Neto; 1.º Tesoureiro: Sr. Ataliba de Freitas; 2.º Tesoureiro: Sr. Vasco Ferraz Costa e orador Sr. José Talbeti; conselheiros: Srs. Árne Enge, Waldemar Teixeira Pinto, Aurelio de Moraes Pinto, Aristides Giorgi e José Dias da Silveira.

Sociedade Paulista de Leprologia

Nova diretoria — Realizou-se no dia 13 de janeiro a eleição da nova diretoria dessa Sociedade, que ficou assim constituída: Presidente: Dr. Demetrio V. de Toledo; Vice-Presidente: Dr. Paulo Rath de Souza; Secretário Geral: Dr.

João Batista Socchio; Secretário: Dr. Argemiro Rodrigues de Souza; Tezoureiro: Dr. Nestor Solano. Pereira. A seguir foi entregue ao Dr. Oswaldo de Freitas Julião o prêmio "Raul Margarido".

HEXAMYO - iodo em gotas

ASSUNTOS DA ATUALIDADE

Os métodos de trabalho na profissão médica

Entrevista do prof. A. C. Pacheco e Silva — O Instituto de Organização Racional do Trabalho ("Idort"), está promovendo um inquerito entre os que exercem a Medicina no país sobre as medidas que introduziram em suas atividades profissionais, com o fim de tornar-las mais eficientes, para maior rendimento do trabalho com menor dispendio de energia.

Externando as suas impressões, o Prof. Pacheco e Silva, que é um dos fundadores do "Idort", referiu-se a essas medidas, oferecendo a "O Estado e São Paulo" a entrevista, que a seguir transcrevemos:

— "Muita gente costuma indagar, com curiosidade, como pode um medico, professor da Universidade, atender a uma grande clientela, frequentar hospitais e clínicas, desempenhar funções sociais, ocupar-se com o ensino e ainda achar tempo para estudar e produzir trabalhos científicos, quando muitos se queixam de que o tempo de que dispõem mal lhes sobra para atenderem à clientela, lerem meia duzia de artigos ou alguns capitulos de um livro recém-publicado.

A resposta é simples. Tudo depende a meu ver de uma boa organização individual, de uma perfeita racionalização das nossas tarefas, de uma divisão metodica das nossas funções, de uma adequada distribuição dos nossos serviços, de sorte a darmos o maximo de eficiencia aos nossos esforços.

Na vida moderna, sobretudo, o medico precisa desenvolve a sua atenção, apurar o espirito de observação, de molde a aprender rapidamente as menores reacções do mundo que o cerca. Para tanto

não basta apenas a boa vontade. Também não é preciso ser um genio. O que se impõe é uma acção metodica, baseada não no autodidatismo, no empirismo, mas no estudo dos novos processos do racionalismo, os quais nos permitem economizar tempo, suprimir tarefas inuteis e melhor distribuir serviços com os nossos auxiliares. Isso exige reflexão continua e a utilização, na pratica diaria, de metodos científicos, que muitos medicos aplicam rigorosamente quando se entregam às suas investigações, mas que desprezam lamentavelmente na vida quotidiana".

— "O sucesso na carreira — prossegue o Prof. Pacheco e Silva — depende de um esforço continuo, de uma dedicação incessante, de aperfeiçoamento das nossas qualidades individuais, de metodo no estudo, de uma perfeita compreensão dos nossos deveres, com os quais nos devemos identificar, de tal forma que nem sequer seja necessaria a interferencia da nossa vontade no seu cumprimento.

Porisso o medico precisa, periodicamente, modificar, de acôrdo com o decorrer do tempo e as suas novas funções, a rotina a qual tende a se adaptar, adotando formulas mais adequadas e metodos mais eficientes e de maior rendimento de trabalho.

Uma boa organização nos serviços hospitalares, tanto na parte clinica quanto na administrativa, escolha adequada dos metodos semiologicos a adotar e, sobretudo, a applicação dos procesos de racionalização às observações e às fichas, eis pontos fundamentais sobre os quais os medicos deveriam refletir cada vez mais, abandonando, praticas obsoletas, que a tradi-

ção faz com que repitam sem saber bem porque, como faziam seus colegas há mais de um século.

Muitos médicos brasileiros não adotam, por desleixo ou preguiça, o sistema de fichas em seus consultórios, o que lhes não permite, por melhor que seja a sua memória, reconstituir a história clínica dos seus clientes, os sintomas anteriormente apresentado, o decurso da moléstia e nem sequer os medicamentos receitados por ocasião da última consulta. Porisso fazem como os seus colegas do século passado: mandam imprimir, na última linha dos seus receituários, a antiga chapa que ha muito, deveria ter desaparecido: "Voltando à consulta, queira trazer esta receita", pois que a última receita é o único elemento de que se socorrem para se recordarem do seu cliente".

Preconizando a ministração de aulas de organização racional do trabalho nas Faculdades de Medicina do país, declara-nos, ainda, o Professor Pacheco e Silva:

— "Dever-se-ia, nas faculdades médicas, ministrar aos alunos aulas de racionalização do trabalho que lhes permitissem, logo ao sair da escola, traçar de forma inteligente o seu plano de vida, orientando as suas atividades de modo seguro, de acordo com as suas disposições físicas e com as suas aptidões intelectuais. E' sabido que é na mocidade que se formam os

nossos habitos, os quais, bons ou maus, uma vez firmados, difficilmente se alteram. Porisso convem se adotarem, de início, bons habitos, porquanto é muito penoso, após alguns anos, renunciar aos velhos costumes e corrigir vícios contraidos o início da carreira.

Poucos são, assim, os médicos que analisam, ao fim do dia, a tarefa por eles executada, que meditam sobre os trabalhos em andamento, sobre os progressos realizados, sobre os novos conhecimentos auferidos. Tal exame é, todavia, indispensavel, para que se possa, mercê de uma critica rigorosa dos metodos empregados, aperfeiçoar a propria organização individual e melhor utilizar o tempo.

Desde o inicio da minha carreira profissional tive a preocupação da racionalização. Quando, conjuntamente com outros homens de boa vontade participei da fundação do "Idort", foi por reconhecer a importancia, para todo medico, da applicação dos metodos racionais, não só nos seus trabalhos científicos como na vida profissional.

De grande utilidade foi para mim o conhecimento desses metodos, que procurei introduzir na Assistencia a Psicopatas quando na qualidade de diretor daquela instituição, tive de enfrentar serios problemas clínicos e administrativos, para atender ao seu grande desenvolvimento" — concluiu o Prof. Pacheco e Silva.

**Jalepat - Extrato de fígado
Vitaminas e ferro
às COLHERADAS**

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA MARCONI, 48 - 3.º ANDAR - APART. 34 — FONES: 4-7744 E 8-2134

Lembramos aos exmos. snrs. Médicos
a vantagem de

BILIDRENO

Dois tipos **COMPRIMIDO**
GRANULADO

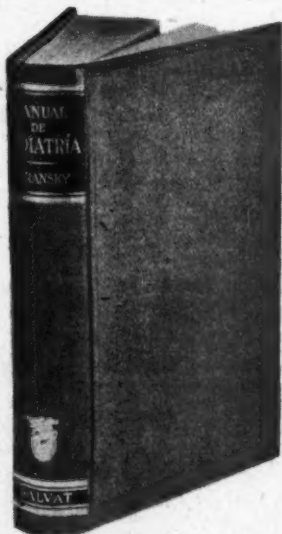
EFEITO SURPREENDENTE NAS MOLESTIAS DO
FIGADO

SUA FORMULA E' UMA GARANTIA
BOLDINA — MAGNESIO — PEPTONA

PRODUCTO DO LAB. "LUIZ PEREIRA BARRETO"

ARNALDO LOPES

Rua Major Diogo, 311 — S. PAULO — Tel. 3-7976
REPRESENTANTE NO RIO DE JANEIRO - B. MÁTTOS & CIA. - R. S. JOSÉ, 66



MANUAL DE PEDIATRIA *para médico prático*

por **EUGEN STRANSKY**

Tradução da 3.^a edição alemã pelo Prof.
M. SUAREZ PERDIGUERO, de Saragoça com
anotações especialmente escritas pelo
autor.

Síntese dos mais modernos conheci-
mentos sobre Pediatria, acrescida do
material que o autor estava coligi-
ndo para a 4.^a edição em preparo
na Alemanha.

SALVAT EDITORES - LAVALLE, 371 - BUENOS AIRES

Um volume de 442 páginas

À venda nas principais livrarias

